



国际麻醉品管制局



国际管制药物供应情况：
确保医疗和科研所用药物的充分供应

不可或缺、充分供应且不受不当限制



联合国

国际麻醉品管制局 2015 年发表的报告

《国际麻醉品管制局 2015 年报告》(E/INCB/2015/1) 尚有下列报告作为补充:

《国际管制药物供应情况: 确保医疗和科研所用药物的充分供应不可或缺、充分供应且不受不当限制》(E/INCB/2015/1/Supp.1)

《麻醉药品: 2016 年全球估计需求量——2014 年统计数字》(E/INCB/2015/2)

《精神药物: 2014 年统计数字——1971 年《精神药物公约》表二、表三和表四所列物质的年度医疗和科研需求量评估》(E/INCB/2015/3)

《经常用于非法制造麻醉药品和精神药物的前体和化学品: 国际麻醉品管制局 2015 年关于 1988 年《联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》第 12 条执行情况的报告》(E/INCB/2015/4)

受国际管制的物质, 包括麻醉药品、精神药物和经常用于非法制造麻醉药品和精神药物的物质最新修订清单, 载于麻管局另行印发的统计表附件(“黄单”、“绿单”和“红单”)最新版。

联系国际麻醉品管制局

可按下列地址与麻管局秘书处联系:

Vienna International Centre
Room E-1339
P.O. Box 500
1400 Vienna
Austria

另外, 还可利用下列方式与秘书处联系:

电话: (+43-1) 26060
传真: (+43-1) 26060-5867 或 26060-5868
电子邮件: secretariat@incb.org

本报告还可在麻管局网站 (www.incb.org) 查阅。



国际麻醉品管制局

国际管制药物供应情况：
确保医疗和科研所用药物的充分供应
不可或缺、充分供应且不受不当限制



联合国
2016年，纽约

E/INCB/2015/1/Supp. 1

联合国出版物
eISBN: 978-92-1-057769-4

序言

几十年前，国际社会制定了《经 1972 年议定书修正的 1961 年麻醉品单一公约》¹ 和 1971 年《精神药物公约》，庄严承诺：² 充分供应，以确保被视为在医疗和科研用途上不可或缺的药物供应无缺，而不是受到不适当的限制。近几十年来，这一承诺尚未完全兑现。依然有太多的人或深受痛苦煎熬，或在痛苦中离别人世，或根本获取不到他们所需要的药物。因不作为和行政管理要求过多所造成的相应药物缺乏，让人们遭受不必要的痛苦，这是我们所有人都感到惋惜的事。

全球仍有大约 55 亿人在获取可待因或吗啡等含有麻醉药品的药物方面机会有限或苦无门路，从而使得全世界 75% 的人口得不到适当的疼痛纾解治疗。全世界所消费的吗啡中，大约有 92% 是为仅占世界人口 17% 的人所消费，主要在美国、加拿大、西欧、澳大利亚和新西兰。供应不足有悖于《世界人权宣言》第二十五条的概念，包括获得医疗的权利，其中还包括舒缓疗护的权利。

类阿片镇痛剂供应情况的不均衡尤为令人担忧，因为最新数据显示，在中低收入国家中，许多需要镇痛治疗的疾病，特别是癌症，十分常见且愈益增多。⁴ 与此同时，近年来，在类阿片镇痛剂人均消费量较高的国家，因滥用处方药及处方药服用过量致死的情况也有所增加。

除与癌症有关的需求外，其他许多健康状况同样需要疼痛治疗。在世界若干地区，处方中经常不包括镇痛药物。美沙酮和丁丙诺啡等其他国际管制药物虽用于药物依赖性管理，但即便是在海洛因滥用流行率相当高的一些国家，其使用也较为有限。

除麻醉药品外，本报告还讨论了《1971 年公约》规定管制的精神药物的供应情况。这些药物是治疗一系列严重健康状况所必不可少的，其消费和供应情况颇为令人关切。据世界卫生组织（世卫组织）表示，精神失常令亿万人口及其家庭饱受折磨，但在大多数国家，用以治疗这类疾病的现有资源不够充分。绝大多数国家拨付用于精神保健的预算不足其医疗卫生预算的 2%，致使许多中低收入国家超过 75% 的人口无法获得此种治疗。这个问题一直以来都没有受到充分的重视。用于治疗焦虑、失眠和癫痫等精神和神经失常的精神药物在各国和各地区的消费量依然彼此差异甚大。这一方面反映出医疗实践中的多样性和处方方式上的相关差异，另一方面则反映出缺乏这类物质消费的精确定量和定性数据。

解决医疗和科研所用麻醉药品和精神药物供应偏差问题是各国政府在遵守各项国际药物管制公约的义务之一。1961 年，国际社会承诺充分供应，以确保麻醉药品可

¹联合国，《条约汇编》，第 976 卷，第 14152 号。

²同上，第 1019 卷，第 14956 号。

³大会第 217 A (III) 号决议。

⁴世界卫生组织和世界姑息治疗联盟，《临终姑息治疗全球地图集》（世界姑息治疗联盟，2014 年）。

用于解除痛苦。与此同时，该《公约》各缔约国还确认了麻醉药品成瘾的问题。故《麻醉品单一公约》前言部分就这两方面的原则作了明确规定。这一双重责任是各会员国当前关于国际药物管制制度所取得的成就和未来发展前景的讨论的核心议题。

同样，《1971年公约》缔约国在表示决心防止和打击滥用和贩运精神药物的同时，还承认精神药物在医学与科学用途上不可或缺，且其此种用途的精神药物供应不应该受到过度限制。

麻管局自创建以来，曾在各种场合提出供应的问题，并分别于1989年、1995年和2010年就该议题编制了特别报告。其中，2010年报告⁵根据各会员国提供的信息载入了一系列建议。这些建议集中在麻醉药品和精神药物的供应及适当使用、国家管制制度和防止转移和滥用几个方面。

造成类阿片镇痛剂使用情况不公平的原因似乎并不在于原料的缺乏。多年来，阿片剂原料的全球生产量一直远超全球需求量。因此，其库存量虽有一些波动，但一直在增加。过去20年间，类阿片药物的全球消费量足足上涨了两倍还多。现有数据表明，当前可用于制造止痛麻醉药品的阿片剂原料量用来满足各国政府所估算的当前需求量绰绰有余。相比之下，精神药物的供应问题更加复杂。该专题将在专门论述这些物质的章节中详加探讨。

给供应情况带来负面影响的障碍和壁垒包括法规、态度、知识、经济和采购方面的因素。2010年，各国最经常提到的障碍是对成瘾、不愿开具处方、不愿存货和卫生专业人员所受培训不足的担忧。法律限制过度 and 条例繁冗也被普遍认为是类阿片药物供应的一大限制。少数国家政府报告称，类阿片药物在分配、供应和成本方面的困难是制约类阿片药物充分供应的主要障碍。

为向各国政府提供协助，麻管局决定在发布2010年报告的五年之后编制当前这份供应情况报告。本报告系通过汇总各类利益攸关方提供的资料编制而成。2014年，各会员国收到调查问卷，有100多个国家就此做了回复，提供了关于国家政策和做法的宝贵资料。其间，还征询了世界卫生组织（世卫组织）、联合国艾滋病病毒/艾滋病联合方案（艾滋病署）及联合国毒品和犯罪问题办公室（毒品和犯罪问题办公室）等政府间组织的意见，它们提供了相关数据和资料，以补充麻管局所掌握的数据和资料。代表患者、患者家属、卫生专业人员和其他利益攸关方的各类民间社会组织亦提供了数据和资料，并纷纷建言献策。此外，一些研究人员还提供有关分析和见解。

麻醉药品消费情况最新数据的分析表明，尽管医疗所用类阿片镇痛剂供应情况严重不平等的现象持续存在，但较之以往，业已取得重大进展。数据显示，与2000-2003年期间相比，2011-2013年期间类阿片镇痛剂的平均消费量增幅显著。另外，经比较各会员国分别在1995年、2010年和2014年调查中提供的回复发现，各国对成瘾风

⁵《国际麻醉药品管制局关于国际管制药物供应情况的报告：确保医疗和科研所用药物的充分供应》(E/INCB/2010/1/ Supp.1)。

险和立法障碍的关切变得不再那么突出，而且各国认为有必要解决其他关键性障碍，如缺乏培训和教育、精简供应、成本和财政资源有限。

这些数据证实，在国际公约的框架内完善国际管制药物的供应是可行的。为了实现这一目标，重要的是要出台明达合理的国家法律法规，以确保向患者提供药品并保护其健康，同时还要有能够负责任地和理性地开具处方且深知处方过量和滥用之风险的训练有素的卫生专业人员。

与精神药物有关的数据显示，这类药物的消费量在各个国家和地区之间存在差异。供应不足和获得必要医疗的机会匮乏，以及精神药物的过度供应和不符合医学常规的使用都对其管制和使用构成了挑战。

麻管局特向各会员国呈送这份特别报告，谨希望其中所载的分析和建议可以帮助各国制定适当的国家政策和控制制度，能够实现各项国际药物管制公约关于确保麻醉药品和精神药物供应的目标。各会员国业已在麻醉药品委员会所通过的一系列决议和政治宣言中强调这一问题的重要性。它们还在《预防和控制非传染性疾病问题大会高级别会议的政治宣言》⁶和在世界卫生大会关于将姑息治疗作为生命全程的综合性治疗内容予以加强的 WHA67.19 号决议中提到这一问题。⁷此外，本报告还将在定于 2016 年举行的关于世界毒品问题的大会特别会议召开之前向国际社会发布，麻管局希望这一贡献有助于各会员国开展审议工作。值此各国纷纷讨论国际药物管制制度的成就之际，麻管局谨在此提醒各国，各项国际药物管制公约的总体目标是确立运作良好的国家和国际麻醉药品和精神药物供应管理制度，确保安全、合理地向有需要的患者提供他们最能负担得起的药物，并同时防止这类药物转移滥用。



国际麻醉品管制局局长

Werner Sipp

⁶大会第 66/2 号决议。

⁷见载于 http://apps.who.int/gb/e/e_wha67.html。

目录

	页次
序言	iii
内容提要	viii
致谢	xi
章次	
一. 导言	1
A. 各项国际药物管制公约的作用	1
B. 国际管制药物的供应和获取作为一项健康权兼人权	2
C. 麻管局为确保充分供应所采取的行动	4
D. 方法	6
二. 麻醉药品	9
A. 阿片剂原料和类阿片药物的供应与需求	9
B. 类阿片镇痛剂的供应情况	11
C. 麻醉药品供应的障碍	28
三. 精神药物	37
A. 受《1971年公约》管制的精神药物的供应	37
B. 精神药物的供应	42
C. 精神药物供应的障碍	63
四. 治疗类阿片依赖的国际管制药物的供应	69
五. 确保紧急情况下国际管制药物的供应	75
六. 结论和建议	77
A. 立法与监管制度	77
B. 卫生系统	78
C. 可负担性	78
D. 保健专业人员培训	78
E. 教育和提高认识	79
F. 估计数、评估数和报告	79
G. 国际管制药物消费的基准	80
H. 国际社会	80
附件*	
2014年发送给会员国国家主管部门的医疗和科研用途国际管制药物供应问卷	81

*附件不列入本报告的印刷版，但可在国际麻醉品管制局的网站查阅 (www.incb.org)。

内容提要

医疗和科研所用药物不可或缺且充分供应：这是《经 1972 年议定书修正的 1961 年麻醉品单一公约》所规定的两条基本原则。其后，精神药物也被确认为在医疗与科研用途上不可或缺。在 1971 年《精神药物公约》中，各缔约国还确认，这类药物的供不应受到过度限制。

本报告系国际麻醉品管制局（麻管局）2015 年年度报告的补编，分析了麻醉药品和精神药物的全球获取情况，同时还审议了消费方面的模式和趋势，以及各会员国提供的关于国家一级确保这些管制药物供应的政策和做法以及所面临障碍的资料。

《1961 年公约》和《1971 年公约》表明，国际社会主要关注保护人类的健康和福祉，既要确保这类不可或缺的药物用于医疗和科研用途，同时还要确保这些药物不被转移他用或滥用。两项公约还确立了一项专为这一双重目的服务的管制机制。两项公约自生效至今已逾数十年之久，但这一基本目标远未在全球范围内得到落实。向那些有需要的人提供这些药物的重要性在国际人权文书和在麻醉药品委员会、世界卫生大会和区域性政府间组织的一系列决议中亦有强调。

多年来，麻管局已向各会员国指明了国际药物管制制度这一重要方面的重要性。2010 年，麻管局发布了一份题为“国际管制药物供应情况：确保医疗和科研所用药物的充分供应”的报告，其中分析了全球国际管制药物的消费情况。此前，还曾于 1989 年和 1995 年编制类似的报告。2010 年，报告的范围扩大，将精神药物纳入其中。自那之后的五年来，麻管局一直在审议有关情况和向各会员国和国际社会介绍最新动态，并就如何解决对麻醉药品和精神药物供应问题提出了一系列建议。

麻醉药品

吗啡等类阿片镇痛剂在治疗癌症、艾滋病毒 / 艾滋病、心血管疾病、慢性呼吸道疾病、糖尿病、分娩、外科手术、损伤和其他疾病或状况引起的疼痛方面不可或缺。麻管局估计，消费全世界 92% 的吗啡的国家（美国、加拿大、西欧国家、澳大利亚和新西兰）仅生活着全球 17% 的人口，同时，75% 的世界人口（主要生活在收入较低的国家）在获得适当的疼痛缓解方面机会有限或苦无门路。自 1991 年以来，类阿片镇痛剂的全球消费量上涨，但这背后的驱动力似乎主要来自北美、欧洲、澳大利亚和新西兰，在这些国家和地区，处方药滥用的问题愈益引人关切。

某些国家和地区类阿片镇痛剂的消费量低似乎并不是阿片剂原料和类阿片药物缺乏供应的结果。麻管局现有数据表明，由于阿片剂原料全球生产量高、麻醉药品的制造不断扩大和库存量不断增加，全球需求完全得到满足，而且，根据所提交的估计数，预计会继续得到满足。

非洲、亚洲、中美洲和加勒比以及南美洲部分地区、东欧和东南欧及大洋洲一些岛屿国家的类阿片药物消费量虽有所上升，但仍然很低。纵观需要姑息治疗的健康问

题的流行情况，即可清楚地发现，这些广泛存在的问题往往得不到充分的类阿片药物治疗，且姑息治疗基础设施配套不足。类阿片镇痛剂消费量与癌症发病率的对比表明，非洲、亚洲、中美洲和加勒比、东欧和东南欧以及大洋洲一些岛屿国家的消费量不足。用以治疗艾滋病相关疼痛的类阿片药物供应不足的问题在撒哈拉以南的非洲和亚洲国家似乎很突出。此外，即便是在全国消费量较高的国家，某些阶层（农村和贫困社区）国民的获取机会还可能会因姑息治疗服务供应有限而受到减损。

各会员国所查明的最为常见的供应障碍包括医疗专业人员缺乏培训/认识、担心成瘾、财政资源有限、采购方面的问题、文化态度和担心转移他用。与麻管局以往调查所收集到的数据进行比较即可发现，自 1995 年以来，将担心成瘾和条例繁琐列为障碍的情况已经大幅度减少。

保健专业人员对于疼痛和镇痛、合理开具处方和安全使用类阿片镇痛剂的认识及相关培训不够充分可能会导致这类药物处方和使用不足。担心成瘾似乎与缺乏认识和培训以及文化态度有关。能否获取不仅仅取决于实物供应情况和实际易得性，还取决于可负担性。资源有限会削弱各国政府提供或补贴药物以及患者承担药物的能力。此外，药品可能会因监管、许可证办理、税收、进口、分配系统不力、缺乏公共报销和廉价制剂供应不足所产生的费用而价格走高。制造商和进/出口商如果认为可负担得起的国际管制药物制剂利润不足，就有可能不予生产或贸易。最后，估计不足、监管要求繁琐和供应链中出现的延迟也会造成药物短缺。

对国际管制药物的获取还可能会因担心药物转入非法渠道以及担心遭到起诉或制裁而受到过度限制。在立法不明且将此污名化、卫生专业人员法律知识不足或意外违规行为面临严厉惩罚的情况下，后一种情况会进一步加剧。远远超出药物管制条约条款范围且可能阻碍麻醉药品处方开具、配药和使用的规定中包括以下规定：处方有效期短、采用特制多联处方笺、记录保存要求繁重，以及处方笺、处方/配药代理和麻醉药品的获取过度受限（这在农村地区往往尤为受限）。此外，大多数国家或领土不允许护士开具麻醉药品，且如无新的处方，不允许接着取药。在保健基础设施不足的地区，这种规定可能会妨碍药物的获取。

精神药物

不能充足或者充分获取精神药物的问题在中低收入国家似乎尤为突出，据估算，这些国家大约五分之四需要精神、神经或戒毒治疗的人得不到此种治疗。世界卫生组织列为基本药物（丁丙诺啡、地西洋、劳拉西洋、咪达唑仑和苯巴比妥）的受《1971 年公约》管制药物的供应和消费呈现多元化的模式。在过去十年中，止痛和类阿片药物依赖治疗所用丁丙诺啡的报告全球制造量和计算消费量显著增加。某些国家（尤其是在欧洲）的消费量非常高，但大多数国家和地区的计算消费量依然低于每 1,000 人口每日 0.1 统计限定日剂量⁸，这表明这种药物的获取不足。

⁸统计限定日剂量。

2004 年到 2013 年期间，用于制造镇静安眠药物咪达唑仑和抗焦虑药物地西洋的苯二氮卓的报告生产量上下波动，但用于制造抗焦虑药物劳拉西洋的苯二氮卓的报告制造量一直保持相对稳定。在此期间，地西洋、劳拉西洋和咪达唑仑的全球平均消费比率分别下降了 20%、13.4% 和 0.4%，其中，非洲和亚洲三种药物的消费量皆低于全球平均水平，大洋洲劳拉西洋和咪达唑仑的消费量低于全球平均水平。2004 年至 2013 年期，抗癫痫药物苯巴比妥的报告制造量出现波动，并在接近该时期终了时急剧下滑。苯巴比妥的全球消费量下降了 12%，其中，欧洲和美洲依然是平均消费量最高的地区，而亚洲、非洲和大洋洲则低于全球平均水平。

与麻醉药品方面的情况一样，各会员国经查发现，缺乏认识和培训是限制精神药物供应的主要障碍。但较之麻醉药品，各国提到在精神药物方面构成障碍的采购问题、担心转移他用和担心被起诉或遭受惩治的频率相对要高。在政策制定者那里，精神保健可能会得不到应有的重视，特别是在资源有限和精神健康状况伴随使用精神药物带来耻辱的情况下。此外，一些国家已查明，财政问题是限制精神药物供应的障碍。此外，过于严格的规定会对这类药物的供应构成过度限制。

类阿片药物依赖治疗所用国际管制药物的供应情况

美沙酮和丁丙诺啡以及阿片剂替代治疗服务消费量分析表明，在注射毒品现象甚为普遍的所有国家中，获得这些服务的渠道要么不存在，要么不够充分。究其原因，可能在于这类服务的效力未得到认可、文化阻力、经济上或结构上缺乏能力和（或）政治上无动于衷。

确保紧急情况下国际管制药物的充分供应

大多数麻醉药品和大量受国际条约管制的精神药物是医疗实践中所必不可少的。现已实行了简化管理措施，为紧急医疗之用提供国际管制药品。甚至在没有进口许可证或需要量估计数的情况下，国家主管部门也可以允许向缺医少药的国家出口国际管制药物。

建议

不能充分和充足地获取国际管制药物的问题似乎是保健专业人员、政策制定者和广大公众所受培训和认识有限（表现为用量不足、恐惧和过度监管）、采购问题、资源有限和基础设施不足共同作用的结果。确保用药机会并不意味着滥用和转移他用现象会增加，但有必要在管制与供应和易得性之间保持平衡。

要做到这一点，需要国际合作和援助、整个社会的参与以及各国政府和组织的努力付出。麻管局建议审查法律法规和监管制度，以取消过度限制性规定，同时防止转移他用，并通过允许更多保健专业人员在必要时开具含有国际管制药物的处方等手段促进获取。适当的和资源充足的基础设施需要确保麻醉药品和精神药物的供应和分配，包括在农村地区。除了由制药公司供应可负担得起的制剂外，公共供资和报

销办法可以帮助克服经济障碍。加强对保健专业人员的培训、提高认识可以减轻阻碍国际管制药物获取和使用的恐惧、错误观念、污名和偏见，同时遏制转移他用和滥用。最后，国家主管部门充分估计和评估这些药物需要的能力还有待进一步建设和加强。

致谢

本报告的编制工作承蒙各方人士倾力相助。国际麻醉品管制局谨向所有以各种途径为报告提供资料、信息和数据并建言献策者表示深情的谢意，他们的工作使麻管局对形势有了更加清晰的认识。

麻管局谨此感谢以下人员和组织的贡献：

麻管局秘书处麻醉品管制和估测科工作人员Stefano Berterame、Beate Hammond、Juliana Erthal、Levent Canturk、Nabil Katkhouda、Francis Chazhoor、Johny Thomas、Janna Shrestha 和 Mina Balooch，以及该科实习生 Vera Skruzny 和 Sarah Fellner。

麻管局秘书处精神药物管制科工作人员 Eva Fernandez-Santis、Hanifa Rebbani、Ha Fung Cilla Ng、Darmen Zhumadil、Paramita Doubek 和 Lilian Sandouk，以及该科实习生 Daniela Ettehad 和 Stefano Ricci。

联合国毒品和犯罪问题办公室：预防吸毒和健康处艾滋病毒 / 艾滋病科；预防吸毒和健康处预防、治疗和康复科；以及统计和调查科 / 研究和威胁分析科。

世界卫生组织：非传染性疾病和精神卫生部门；精神卫生和药物滥用部门；基本药物和卫生产品司；以及国际癌症研究机构。

联合国艾滋病毒 / 艾滋病联合方案。

国际癌症控制联盟、世界姑息治疗联盟、国际临终关怀和姑息治疗协会、麦凯布法律与癌症中心、疼痛与政策研究小组和人权观察站。

麻管局还要感谢为本报告的编写投入了大量时间和精力的麻管局下列前成员所做的贡献：Galina Korchagina 博士、Lochan Naidoo 博士和 Rajat Ray 博士。

国际麻醉品管制局现任成员为：

Werner Sipp，麻管局主席

Sri Suryawati，麻管局第一副主席

Jagjit Pavadia，麻管局第二副主席和常设估量委员会主席

Bernard Leroy，报告员

Alejandro Mohar Betancourt, 常设估量委员会副主席
Raymond Yans, 财务和行政委员会主席
郝伟, 财务和行政委员会委员和常设估量委员会委员
Richard P. Mattick, 常设估量委员会委员
Ahmed Kamal Eldin Samak, 常设估量委员会委员
Viroj Sumyai, 常设估量委员会委员
Jallal Toufiq, 常设估量委员会委员
David T. Johnson, 财务和行政委员会委员
Francisco E. Thoumi, 财务和行政委员会委员

第一章.

导言

1. “pharmakon”乃古希腊语词，意为药物。该词被普遍译为“治疗”或“毒药”，⁹不过，它还有与这两种主要意义不完全对应的其他含义。

2. 这一双重含义恰好体现了许多文化和社会在涉及医药的历史长河中所面临的问题。自然界原有的或者近来从自然物质中合成的或人工生产的若干种药物具有治疗或缓解某些健康问题的功效。出于这个原因，它们被广泛使用。但其使用如果超过一定限度，就可能带来负面影响，可能会损害使用者的健康。此外，这些人的家庭和更广泛的社区也有可能因此蒙受不良后果。

3. 如何保持“治疗”和“毒药”之间难以把握的平衡是许多社会中由来已久的问题。诚如《经1972年议定书修正的1961年麻醉品单一公约》¹⁰和1971年《精神药物公约》所作概述，这是国际药物管制制度的核心所在。¹¹在这两项公约的序言中，各缔约国表示，国际社会主要关注保护人类的健康和福祉，既要确保这类不可或缺的药物用于医疗和科研用途，同时还要确保这些药物不被转移他用或滥用。两项公约还确立了一项专为这一双重目的服务的管制机制。

⁹Michael Rinella,《西药：柏拉图，药文化，古代雅典的身份》(列克星敦图书出版公司，2010年)。

¹⁰联合国，《条约汇编》，第976卷，第14152号。

¹¹同上，第1019卷，第14956号。

A. 各项国际药物管制公约的作用

4. 特别值得一提的是，《1961年公约》各缔约国确认麻醉药品成瘾于个人为害甚烈，且对人类构成的社会上及经济危险亦巨，同时还确认“麻醉品在医药上用以减轻痛苦仍属不可或缺，故须妥为规定俾麻醉品得以供此用途”。

5. 同样，《1971年公约》各缔约国在察及因滥用某些精神药物而起之公共社会问题并至表关切的同时，还表示决心预防并制止精神药物之滥用及贩运，并确认“精神药物在医学与科学用途上不可或缺，且其仅供此种用途[之供应]应不受不当限制”。

6. 自三项国际药物管制公约生效以来，¹²这些原则便在麻醉药品委员会通过的一系列决议中反复加以重申，然后由经济及社会理事会予以重申。最近，该委员会通过了第53/4号和第54/6号决议¹³，以期促进医疗和科研所用国际管制药物的充分供应，并同时防止其转移和滥用。在其第53/4号决议，委员会决定，除其他事项外，要确立一个特定议程项目，审议限制充分供应的各种障碍

¹²包括1988年《联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》，(联合国，《条约汇编》，第1582卷，第27627号)，该公约更加侧重打击非法贩运的措施。

¹³分别见E/2010/28-E/CN.7/2018，第一章，C节；以及E/2011/28-E/CN.7/2011/15，第一章，C节。

和审查防止麻醉药品和精神药物转移他用和滥用的各项努力。

7. 确保国际管制药物可用于医疗和科研用途的重要性在 2009 年《关于开展国际合作以综合、平衡战略应对世界毒品问题的政治宣言和行动计划》¹⁴和在《麻醉药品委员会 2014 年会员国实施〈关于开展国际合作以综合、平衡战略应对世界毒品问题的政治宣言和行动计划〉情况高级别审议部长级联合声明》中亦有提及。¹⁵

B. 国际管制药物的供应和获取作为一项健康权兼人权

8. 获得基本药物的需求在其他国际法律文书¹⁶中同样占据重要地位,具体诚如《世界人权宣言》第二十五条所载“健康权”概念之所述:¹⁷

人人有权享受为维持他本人和家属的健康和福利所需的生活水准,包括食物、衣着、住房、医疗和必要的社会服务;在遭到失业、疾病、残废、守寡、衰老或在其他不能控制的情况下丧失谋生能力时,有权享受保障。

9. 《世界人权宣言》序言还提到“对人类家庭所有成员的固有尊严及其平等的和不朽的权利的承认”。将健康权称之为“人权基本组成部分的较早提法最早出现在 1946 年《世界卫生组织(世卫组织)组织法》中,其序言规定,健康“健康不仅为疾病或羸弱之消除,而系体格,精神与社会之完全健康状态”。该序言还进一步指出:

¹⁴见《经济及社会理事会正式记录,2009 年,补编第 8 号》(E/2009/28),第一章,C 节。

¹⁵见同上,《2014 年,补编第 8 号》(E/2014/28),第一章,C 节。

¹⁶Christopher Hallam,“国际药物管制机制与管制药品的获取”,《药物政策立法改革系列第 26 号》,跨国学会与国际毒品政策联合会(2014 年 12 月)。

¹⁷大会第 217 A (III) 号决议。

享受最高而能获致之健康标准,为人人基本权利之一。不因种族、宗教、政治信仰、经济或社会情境各异,而分轩輊。

10. 此外,1966 年《经济、社会、文化权利国际公约》也承认健康权是一项人权。¹⁸

11. 酷刑和其他残忍、不人道或有辱人格的待遇或处罚问题特别报告员在其提交人权理事会第七届会议的报告中指出:

事实上拒绝提供止痛办法,如果引起巨大痛苦,就构成残忍、不人道或有辱人格的待遇或处罚。

此外,他还补充称:

鉴于不向有需要的病人提供疼痛治疗和类阿片镇痛剂即可能构成残忍、不人道和有辱人格的待遇,应当采取一切措施,以确保充分提供,克服当前在监管、教育和态度上的障碍,确保充分获得姑息治疗。¹⁹

12. 同样,人权观察组织在其 2011 年发布的一份报告²⁰中提出:“各国政府有义务消除世界各地因姑息治疗服务供应不力而造成的广泛的和不必要的痛苦”。

13. 除国际药物管制公约和国际人权文书外,国际社会还以世界卫生大会为背景,制定了一系列法律文书。

14. 此外,世卫组织还编制了一份基本药物清单,这些药物旨在“满足人群保健优先需要”,每一种药物的选定均“适当考虑到了疾病流行、

¹⁸大会第 2200 A (XXI) 号决议,附件。

¹⁹A/HRC/10/44,第 72 和 74(e) 段。

²⁰人权观察站,《全球疼痛治疗现状:获得姑息治疗是一项人权》(2011 年)。

药效和安全性证据以及相对成本效益”。²¹ 若干种国际管制麻醉药品和精神药物也列入清单，因此，被认为是满足民众重点保健需求的必备药物。

15. 世界卫生大会在关于确保基本药物易得性的 2002 年 WHA55.14 号决议中敦促各会员国：

再度承诺扩大药品获取机会和途径，并将这种承诺转化为本国内部的具体规定，特别是出台国家药物政策和参照世卫组织《示范清单》制定基于证据的基本药物清单，同时将这种承诺转化为行动，以促进国家卫生系统内药物的政策、获取、质量和合理使用，[并]在国家药物政策中重申世卫组织的基本药物概念，即基本药物是那些满足民众保健优先需要的药品，同时反映获取情况、质量、价格和交付可行性，并再次强调各国总体讨论均须以证据为基础。

16. 而且在该决议中，世界卫生大会要求世卫组织总干事“寻求一切外交和政治机会，克服限制基本药物获取的障碍，并与所有会员国进行协作，以确保有需要之人能够获得并且负担得起这些药物”。

17. 世界卫生大会在关于癌症预防 and 控制的 2005 年 WHA58.22 号决议中，敦促各会员国“按照国际条约和世卫组织与国际麻醉品管制局的建议，确保医疗所用类阿片镇痛剂的供应，但须接受一种有效的监测和管制制度管制”。此外，它还请世卫组织总干事“与国际麻醉品管制局联合审查确立一项可促进利用类阿片镇痛剂适当治疗疼痛的援助机制的可行性”。

18. 最近，世界卫生大会于 2014 年 5 月 24 日通过了关于将姑息治疗作为生命全程的综合性治疗

内容予以加强的 WHA67.19 号决议。²² 在该决议中，世界卫生大会强调，对姑息治疗服务的需求将继续增长，其部分原因在于世界各地非传染性疾病的流行率不断上升和人口持续老龄化。

19. 关于姑息治疗服务，人权观察站在《全球疼痛治疗现状》中说：

根据国际人权法，各国政府必须确保人人平等享有健康权，并采取合理的措施保护所有人免遭不人道和有辱人格的待遇。这就意味着卫生政策解决应该满足需要姑息治疗服务之人的需求；保健工作者应该至少掌握基本的姑息治疗知识和技能；吗啡等药物要在全国范围内供应；以及，药物规定不应该减损承受剧烈疼痛之苦的患者获得适当治疗的能力。如果不采取这样的措施很可能导致侵犯健康权。

20. 此外，世界卫生大会 2013 年 5 月批准的《世卫组织 2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》将姑息治疗作为减轻非传染性疾病所致痛苦的一种手段纳入了建议各会员国采取的政策选择之列。

21. 由国际癌症控制联盟领导的全球癌症社区精心拟订的《2013 年世界抗癌宣言》立足于《全球行动》，旨在实现大幅减少癌症导致的过早死亡，提高癌症患者的生活质量和生存率。该《宣言》包含九项至 2025 年要实现的目标，其中一项目标是有效的癌痛控制和苦痛管理服务得到广泛普及。

22. 该《宣言》还确定了所有利益攸关方，特别是各国政府，在推进实现这些目标方面应该采取的一系列行动。《宣言》敦促它们：

²¹ 世界卫生组织，“基本药物”的定义。见载于 www.who.int/medicines/services/essmedicines_def (2014 年 9 月 22 日检索)。

²² 世界卫生组织对“姑息治疗”的定义是“通过及早发现和正确评估并治疗疼痛及其他身体、社会心理或精神问题来预防并减轻痛苦，从而提高面对与威胁生命疾病有关的问题的患者及其家庭的生活质量的方法。”见载于 www.who.int/cancer/palliative/definition (2014 年 9 月 22 日检索)。

- 采取措施，消除限制最佳疼痛控制的诸多障碍
- 与包括各国政府、民间社会和有关私营部门行为体在内的所有利益攸关方共同努力，以解决止痛药物的过度监管问题
- 与包括世卫组织、联合国毒品和犯罪问题办公室（毒品和犯罪问题办公室）和国际麻醉品管制局在内的国际机构合作，以确保全面落实各项国际药物管制公约在确保向疼痛缠身的癌症患者提供止痛药与预防止痛药滥用之间达成适当平衡。

23. 一些区域组织也强调了供应医疗所用国际管制药物的重要性。《欧洲联盟 2013-2020 年药物战略》强调，务必要确保和完善处方管制药物的获取，认为这是近年来所查明的一项挑战。²³2012 年，非洲联盟毒品管制部长会议通过了非洲在管制药物和获取疼痛管理药物问题上的共同立场。该立场后转化为《非洲联盟毒品管制行动计划（2013-2017 年）》，其主要目标包括开展能力建设，以促进医疗和科研所用麻醉药品和精神药物的合法流动。该计划还介绍了与这一目标有关的部分成果，如排除限制医疗和科研所用国际管制药物供应的障碍。²⁴美洲国家组织美洲药物滥用管制委员会第四十七届会议通过了一项美洲半球禁毒战略，该战略指出：

在采取管制措施以限制麻醉药品仅用于医疗和科研用途的过程中，应确保充分供应。供应是指数量充足且依照国际条约易于获取。²⁵

²³《欧洲联盟药物战略（2013-2020 年）》，《欧洲联盟公报》，C 402/1，2012 年 12 月 29 日。

²⁴提交非洲联盟毒品管制部长会议第五届会议审议的《非洲联盟毒品管制行动计划（2013-2017 年）》。

²⁵美洲国家组织美洲药物滥用管制委员会，《美洲半球禁毒战略》（2009 年 5 月 3 日通过），第 37 段。

C. 麻管局为确保充分供应所采取的行动

24. 追求确保医疗所用国际管制药物充分供应且不受过度限制的目标至今已逾 50 年。但就在国家层面贯彻落实《1961 年公约》和《1971 年公约》的规定而言，可以说，并不是所有的国家都已经能够确保这一根本目标始终贯穿麻醉药品和精神药物分配政策和行政程序的制定。

25. 各国政府一旦加入各项国际药物管制公约，即接受了将这些条约的规定引入本国立法并加以执行的义务。国际麻醉品管制局（麻管局）系依照《1961 年公约》设立的机构，负责监测各国政府对各项国际药物管制条约的遵守情况，负责在这方面向各国政府提供支持。

26. 根据《1961 年公约》第 9 条，麻管局有责任确保麻醉药品可供医疗和科研用途所用。它在监测麻醉药品和精神药物的种植、生产、制造、进出口和消费方面独具优势。

27. 多年来，麻管局一直在提醒各国政府其在这方面的义务。它曾一再就世界各地医疗和科研所用管制药物的获取水平有别且不足表示关切，并在其年度报告中多次提及这个问题，还就该议题编制了一系列特别报告。

28. 经济及社会理事会在其 1989 年 5 月 22 日的第 1989/15 号决议中要求国际麻醉品管制局“评估世界各个地区因保健服务不足、经济形势困难或其他条件至今仍未得到满足的对阿片剂的合法需求”。根据该决议，麻管局编制了一份题为“医疗和科研用途阿片剂的需求和供应”的特别报告。²⁶

29. 在该报告中，麻管局得出结论认为，医疗方面对阿片剂，特别是治疗癌症疼痛所用阿片剂的需求未得到充分满足。该报告还建议，各国政府应：

²⁶E/INCB/1989/1/Supp。

- 认真审查其评估本国阿片剂医疗需求和收集及分析数据的方法，以确保估计数真实反映实际需求
- 审查其保健系统和法律法规在何种程度上允许将阿片剂用于医疗用途
- 找出限制这类使用的障碍
- 制定行动计划，以促进为所有适用症供应和提供阿片剂。

30. 经济及社会理事会在其第 1990/31 号和第 1991/43 号决议中请求麻管局优先监测这些建议的执行情况。1994 年，麻管局在其题为《国际药物管制条约的有效性》的年度报告补编中审查了各项国际药物管制条约的有效性。²⁷ 经评价，麻管局得出结论认为，确保充分供应麻醉药品，特别是医疗所用阿片剂的条约目标并未得到普遍实现。

31. 1995 年，麻管局另行编制了一份题为《医疗用途阿片剂的供应情况》的特别报告。²⁸ 在该报告中，麻管局指出，大多数国家的政府并未就旨在查明各项建议执行进展的问卷作出回复，并最终得出结论认为，尽管某些国家的政府作出了努力，但 1989 年的建议远未得到落实。麻管局重新提出了一套建议，供以下各方审议：各国政府；联合国国际药物管制规划署；麻醉药品委员会；世卫组织；国际和区域药物管制、卫生和人道主义组织；各教育机构，以及非政府卫生保健组织，包括国际痛感研究协会和其他卫生保健代表。

32. 而且，麻管局 1999 年年度报告的第一章即已专门论述麻醉止痛剂的供应问题。由于国际管制药物在一些国家被过度使用，导致处方药物滥用及其相关问题，所以麻管局 2000 年年度报告的第一章即论述了国际管制药物过度消费的问题，并建议在其使用上采取均衡的做法。

²⁷E/INCB/1994/1/Supp.1。

²⁸E/INCB/1995/Supp.1。

33. 确定各国是否已提高供应水平或者至少认识到该问题并表示打算加以改善的一项工具，是分析所有国家按要求提交麻管局的麻醉药品年度需求量估计数评估。麻管局定期联系评估数缺失或者特别低的国家，以确保充分供应治疗疼痛所用的类阿片药物。这种做法于 1999 年 11 月正式确定下来，其时，麻管局开始筛选类阿片镇痛剂（主要是吗啡）消费量低且具有共同特征的特定国家集团。这个问题在发给所有国家的通函和发给单个国家的具体信函中，反复提请各国政府注意。2001 年 8 月，麻管局局长和联合国发展集团主席向联合国系统在国家一级的全体驻地协调员发出了一封联合信函，促请他们除其他事项外，要认识到许多发展中国家治疗重度疼痛所用药物消费不足和短缺的问题。

34. 此要求于 2005 年 2 月在麻管局局长和联合国发展集团主席发出的一封后续联合信函中得到确认。2006 年 4 月，麻管局局长在发给所有国家的一封信函中强调了有需要的患者在获取麻醉品和精神药物方面遇到的困难，并鼓励各国政府采取措施，以确保将合理用药的科目列入相应大学院系的课程之中。

35. 2010 年，麻管局发布了一份题为《国际管制药物供应情况：确保医疗和科研所用药物的充分供应》的报告，分析了全球国际管制药物的消费情况，从而将报告的范围扩大，将精神药物纳入其中。

36. 2010 年报告再度明确了限制充分供应的主要障碍，并向各类利益攸关方提出了详细的建议。麻管局注意到，为了响应以往关于麻醉药品供应的建议，大批国家的政府提高了其年度需求量估计数以满足医疗需求，颁布了完善麻醉药品医疗使用情况的国家政策，对教育方案给予支持并审查本国保健系统和法律法规，以视它们有无给供应设置障碍。

37. 麻管局注意到，在许多国家，某些麻醉药品和精神药物的供应充足程度得到改善，但对其他国家遇到的挫折表示关切。高度发达国家供应情况所取得的改善最为显著，而挫折则大多发生在

国际管制药物供应量最低的区域。报告得出结论称，尽管在努力实现条约目标方面取得了进展，但只有相对较少的国家确立了适当的药物供应管理系统和工作机制，以确保基于需求的可靠评估、公平供应和成本效益。

38. 报告指出，药物供应管理工作存在欠缺，原因依然在于缺少财政资源、基础设施不充分、对保健工作不重视、政府权威不高、教育和职业培训不足以及知识过时，这些因素叠加作用，影响的不仅是受管制药物的供应，而是所有药品的供应。

39. 2012年，一份题为《国际管制药物需要量估算指南》的出版物²⁹发布，其目的是为国家主管部门提供了完善本国需求量评估的工具。

40. 麻管局在其2013年11月第108届会议上决定编制一份特别报告，2016年方发布，将之作为麻管局2015年年度报告的补编。麻管局决定，该报告应侧重于各国政府对麻管局2010年报告《国际管制药物供应情况：确保医疗和科研所用药物的充分供应》所载各项建议的落实情况。

41. 依照该决定，本报告旨在提供医疗和科研所用麻醉药品和精神药物供应情况的最新概况，与2010年介绍的情况比对。

D. 方法

1. 消费数据

42. 各国向麻管局提供的数据显示的是供应问题的一个方面，即按国家主管部门估算和报告的消费量。很多国家使用这一信息已有数年时间。然而，由于报告的质量因国而异，这些信息并非全部可靠，纵然麻管局有能力借助进出口通知数据核查报告的消费量。麻管局按照“统计限定日

剂量”对这些消费数据进行评价，以确定处方过量或处方量不足的严重程度。

43. “统计限定日剂量”一词取代了麻管局先前所用“定义日剂量”一词。“统计限定日剂量”被麻管局作为用于统计分析目的的一个技术衡量单位加以使用，并非建议处方剂量。这一定义不免有一定程度的随意性，承认麻醉药品和精神药物并无任何国际议定标准剂量，它们在某些国家或被用于不同疾病的治疗或按照不同的医疗惯例加以使用，因此，统计限定日剂量应被视为一项对不同国家消费量进行排名的近似措施。就麻醉药品而言，以每百万居民每日统计限定日剂量为单位表示的消费量系套用如下公式计算得出：年度消费量（扣除《1961年公约》附表三所列制剂的制造量）除以365天，得数除以国家或领土所涉年份的人口数（单位：百万），再除以每种物质的统计限定日剂量。³⁰

44. 由于《1971年公约》并未规定各会员国向麻管局报告精神药物的消费情况，消费率是由麻管局每年根据各国政府所报告的制造量、工业使用量、库存量和国际贸易量数据计算得出。精神药物消费率是以每1,000名居民每日统计限定日剂量为单位来表示。另外，本报告使所了三年期平均数，目的是将偶尔未提交的年度统计数据计入在内，并考虑到某些国家的政府在库存量足以满足本国数年需求量时所采取的精神药物间歇制造和进口做法。

45. 本报告中所载的精神药物供应情况分析以各组精神药物的消费量为依据。以统计限定日剂量表示的精神药物消费量系套用如下公式计算得出：（上一年度终了时的制造量 + 进口量 + 库存量 - 出口量 - 工业用途所用量 - 本年度终了时的库存量）除以365天除以国家或领土所涉年份的人口数量（单位：千）除以统计限定日剂量。某些

²⁹国际麻醉品管制局和世界卫生组织，《国际管制药物需要量估算指南》，（纽约，2012年）。

³⁰对有些国家而言，2001至2003年计算的统计限定日剂量可能高于以后的年份，原因在于当时难以区分用于镇痛的阿片剂消费量和用于制造《1961年公约》表三所列制剂的阿片剂数量。

情况下，精神药物计算使用量偏高的原因可能在于该国提高了制造量以供出口，且可能是制造商未报告出口量和（或）不报告库存量，以及（或是）批发商增加了库存量。

46. 麻管局现已明确其认为不足的消费量（类阿片镇痛剂消费量为每百万居民每日 100-200 统计限定日剂量），或严重不足的消费量（类阿片镇痛剂消费量等于或少于 100 统计限定日剂量）。但麻管局尚未界定精神药物充分或不充分消费的可比水平。

47. 麻管局在分析以统计限定日剂量表示的类阿片镇痛剂消费量时，并未将美沙酮和丁丙诺啡包括在内，因为根本无法区分它们是用于缓解疼痛还是用于戒毒治疗。所分析的其他数据包括统计数据、研究报告和学术文章。

2. 会员国调查

48. 2014 年夏季，麻管局向各国主管部门发送问卷，请其提供关于医疗和科研所用管制药物供应情况的信息。一份是关于麻醉药品的专题问卷，一份是关于精神药物的专题问卷。共有 107 个国家和领土³¹（其人口占世界人口的 75%）作出了回复，提供了本报告所讨论的重要信息。

³¹阿尔及利亚、亚美尼亚、澳大利亚、奥地利、阿塞拜疆、巴林、白俄罗斯、比利时、伯利兹、贝宁、不丹、多民族玻利维亚国、波斯尼亚和黑塞哥维那、巴西、文莱达鲁萨兰国、保加利亚、布隆迪、佛得角、加拿大、智利、中国、哥伦比亚、哥斯达黎加、科特迪瓦、克罗地亚、塞浦路斯、捷克共和国、丹麦、多米尼克、厄瓜多尔、埃及、萨尔瓦多、爱沙尼亚、芬兰、法国、格鲁吉亚、德国、加纳、危地马拉、几内亚比绍、海地、洪都拉斯、匈牙利、印度、印度尼西亚、伊朗伊斯兰共和国、伊拉克、爱尔兰、牙买加、约旦、哈萨克斯坦、科威特、吉尔吉斯斯坦、拉脱维亚、黎巴嫩、利比里亚、立陶宛、马来西亚、马耳他、墨西哥、密克罗尼西亚联邦、摩洛哥、缅甸、纳米比亚、荷兰、新西兰、尼加拉瓜、阿曼、帕劳、秘鲁、菲律宾、波兰、卡塔尔、大韩民国、摩尔多瓦共和国、俄罗斯联邦、圣卢西亚、塞内加尔、塞尔维亚、塞拉利昂、斯洛伐克、南非、西班牙、斯威士兰、瑞典、瑞士、阿拉伯叙利亚共和国、塔吉克斯坦、多哥、突尼斯、土耳其、土库曼斯坦、乌干达、乌克兰、大不列颠及北爱尔兰联合王国、美利坚合众国、乌兹别克斯坦、瓦努阿图、委内瑞拉玻利瓦尔共和国和津巴布韦，以及百慕大；中国香港；中国澳门；蒙特塞拉特；新喀里多尼亚；圣赫勒拿。

3. 其他资料来源

49. 国际麻醉品管制局的数据对于衡量（借助统计限定日剂量）各国在确保医疗所用国际管制药品的供应方面的业绩固然重要，但在评价情况时还要考虑到其他资料来源。为此，麻管局还分析了关于必须使用国际管制药品的健康问题的信息，以使用特定健康问题的流行率来比较报告的消费量。

50. 世界卫生组织和世界姑息治疗联盟就必须采用姑息治疗的健康问题和姑息治疗发展水平提供了资料。世卫组织国际癌症研究机构通过其 GLOBOCAN 数据库提供了关于癌症患病率的基本资料。联合国艾滋病病毒/艾滋病联合方案（艾滋病署）则提供了关于艾滋病患病率的资料。联合国毒品和犯罪问题办公室提供了关于注射吸毒者人数的资料，该资料随后被用来结合需要进行类阿片药物依赖治疗之人的发病率，衡量此种治疗所用国际管制药物（美沙酮和丁丙诺啡）的具体供应情况。

51. 另外，代表患者、家庭、保健专业人员和其他利益关系方的各种公民社会组织也提供了数据和信息，并提出了其意见。一些研究人员提供了相关的分析和见解。

第二章.

麻醉药品

A. 阿片剂原料和类阿片药物的供应与需求

52. 类阿片镇痛剂消费分配不足并非是缺少原料和类阿片药物供应所致。相反，麻管局一直以来对这种物质产量提高但消费量未随之相应上涨从而导致库存量增加忧心忡忡。

53. 供患者医疗消费的阿片剂提取自阿片剂原料（鸦片、罌粟秆和罌粟草膏）。因此，充分供应制造阿片剂所需的阿片剂原料是确保充分供应医疗和科研所用阿片剂的前提。

54. 根据《1961年公约》和麻醉药品委员会与经济及社会理事会的相关决议，麻管局定期审查影响阿片剂原料供需的动态。麻管局与各国政府合作，努力保持供需的持久平衡。阿片剂原料的全球库存量应足以满足大约一年的全球需求，以

便在生产国天气条件不利等因素导致产量意外下降时，确保医疗和科研所用阿片剂的供应。³²

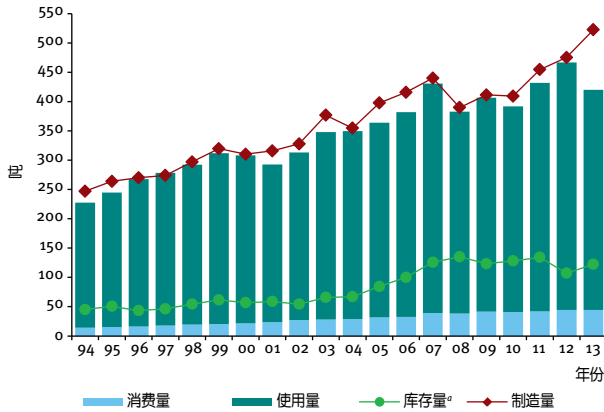
55. 截至2013年底，富含吗啡的阿片剂原料的全球库存量足以满足全球长达14个月的需求。富含蒂巴因的阿片剂原料的全球库存量足以满足全球长达12个月的需求。2014年，富含吗啡的阿片剂原料全球生产量高于这些原料的使用量。富含吗啡的阿片剂原料全球供应量（库存量和生产量）满足全球需求绰绰有余。

56. 图1显示了1994-2013年期间吗啡制造量、库存量、消费量和用量³³数据。在这20年中，吗啡的全球制造量增加了一倍，从1994年的约247.1吨增至2013年的522.6吨，在2012年记录的475.3吨的基础上进一步有所提高。全球制造的吗啡约70%被改制成其他麻醉药品或《1961年公约》未包含的药物。其余的直接用于医疗目的。

³² 《国际麻醉品管制局2014年报告》(E/INCB/2014/1)，第90段。

³³ “消费量”指国内医疗和科研用途直接要消费的药物的数量，“使用量”则指制造其他药物、《1961年公约》附表三所载制剂或《1961年公约》未含药物将要使用的特药数量。

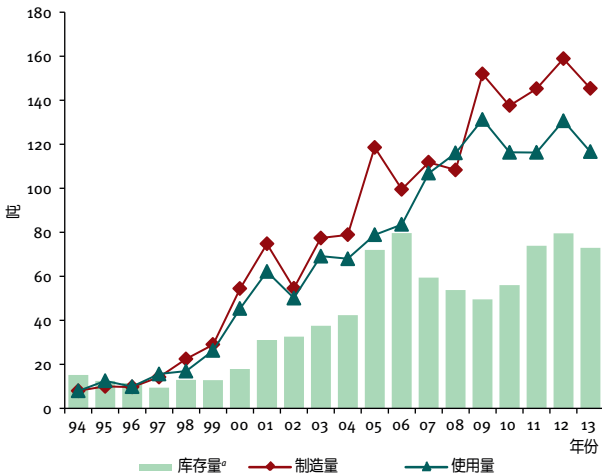
图 1. 吗啡: 1994-2013 年期间的全球
制造量、库存量、消费量和用量



资料来源: 国际麻醉品管制局。
^a截至每年 12 月 31 日的库存量。

57. 直到 1990 年代, 从罂粟中提取的另一种主要生物碱蒂巴因还主要是由鸦片制成; 1999 年后, 主要是从罂粟秆中提取。蒂巴因还可以由东罂粟碱改制而成或者从氢可酮等半合成类阿片药物中获得。蒂巴因本身无法用于治疗, 但它却是制造可待因、二氢可待因、埃托啡、氢可酮、羟考酮和羟吗啡酮(所有这些均为《1961 年公约》管制药物)和丁丙诺啡(《1971 年公约》管制药物)等一系列类阿片药物的一种重要起始原料。蒂巴因的全球制造量自 1990 年代末起陡增, 这是人们对羟考酮和可从中制取的其他药品和药物的需求不断增长的结果(见图 2)。

图 2. 蒂巴因: 1994-2013 年期间的
全球制造量、使用量和库存量

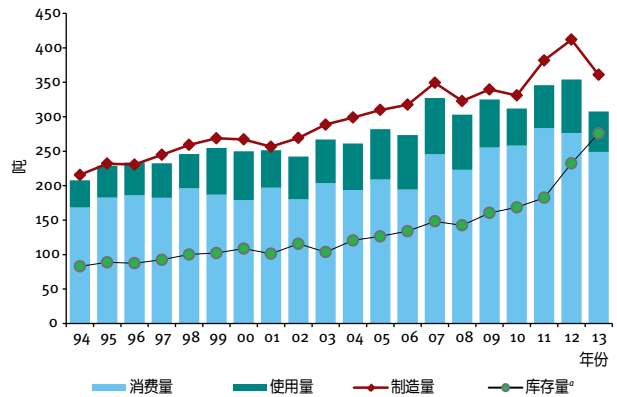


资料来源: 国际麻醉品管制局。
^a截至每年 12 月 31 日的库存量。

58. 麻管局业已掌握的资料表明, 富含蒂巴因的阿片剂原料的全球生产量于 2014 年超出了其全球需求量。富含蒂巴因的阿片剂原料的全球库存量足以满足大约一年的全球需求量。从各生产国的计划来看, 到 2015 年, 富含蒂巴因的阿片剂原料的全球生产量将会略微低于其全球需求量。因此, 预计富含蒂巴因的阿片剂原料的库存总量会有所下滑。富含蒂巴因的阿片剂原料的全球供应量(库存量和生产量)仍将足以完全满足全球需求。

59. 可待因是从罂粟植物中分离出来的一种天然生物碱, 但当前所制造的可待因大多是利用半合成工艺从吗啡中制取的。富含可待因的罂粟的种植面积在扩大, 富含可待因的罂粟草膏(可从中提取可待因)的制造量在增加。2013 年, 富含可待因的罂粟草膏的全球使用量为 24.6 吨, 但与吗啡的使用量相比, 实是微不足道。可待因主要用于制造《1961 年公约》附表三的制剂, 其余一小部分则用于制造其他麻醉品, 如二氢可待因和氢可酮。关于 1994-2013 年期间可待因全球制造量、消费量、使用量和库存量的发展趋势, 详见图 3。

图 3. 可待因: 1994-2013 年期间的全球
制造量、库存量、消费量和用量

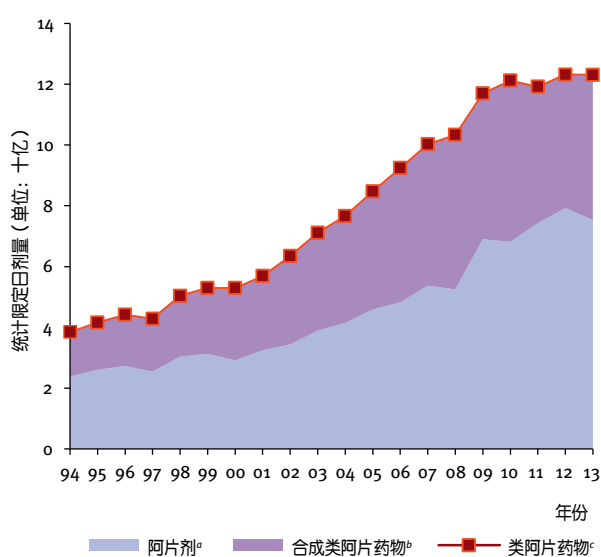


资料来源: 国际麻醉品管制局。
^a截至每年 12 月 31 日的库存量。

60. 预计未来全球对富含吗啡和富含蒂巴因的阿片剂原料的需求将有增无减。可以预见, 阿片剂和阿片剂原料的全球需求也将继续上升。图 4

显示了从1994年到2013年的20年间阿片剂和合成类阿片药物的全球消费量，这其中包括属于《1971年公约》管制阿片剂的丁丙诺啡和喷他佐辛。为方便整合具有不同的效力的药物的消费数据，各种药物的消费量一律以亿统计限定日剂量为单位来表示。

图 4. 1994-2013 年期间类阿片药物的全球消费量



资料来源: 国际麻醉品管制局。

^a包括丁丙诺啡——受《1971年公约》管制的一种阿片剂。

^b包括喷他佐辛——受《1971年公约》管制的一种合成类阿片药物。

^c包括阿片剂和合成类阿片药物。

61. 过去20年间，类阿片药物的全球消费量上涨了两倍以上。阿片剂消费量占类阿片药物消费总量的百分比在1994年的62%和2006年的52%之间上下浮动，后于2013年再度升至61%。因此，与阿片剂用于同样适应症的合成类阿片药物所占的份额从1994年的38%上升到2008年的48%，但后又于2013年下降到39%。2010年至2013年期间，阿片剂消费量与合成类阿片药物消费量的比例大致稳定在60%:40%。在这期间，用以制取阿片剂的阿片剂原料供应量足以满足日益增长的需求。预计未来阿片剂需求将会再次增加，但它们在类阿片药物消费量中所占的份额可能会下

降，这是因为合成类阿片药物的消费量预期会上升。

62. 整体而言，现有数据表明，当前可用于制造止痛麻醉药品的阿片剂原料数量用来满足各国政府所估算的当前需求量绰绰有余。另外，其生产量和库存量在继续增加。

B. 类阿片镇痛剂的供应情况

63. 类阿片镇痛剂是姑息疗法所用的基本药物。³⁴ 该类药品处方的开具主要是用于治疗癌症，但姑息治疗同样为需要疼痛管理的其他健康状况（如外科手术和分娩）以及诸如心血管疾病、慢性呼吸系统疾病、艾滋病毒/艾滋病和糖尿病等慢性疾病之所需。

64. 每年有550万名晚期癌症患者、100万名晚期艾滋病毒/艾滋病患者和80万名因意外事故或暴力受到致命伤的患者，以及慢性疾病患者、术后康复患者、产妇和儿童患者饱受中度至重度疼痛之苦但却根本得不到治疗或得不到充分治疗。总而言之，世卫组织估计，每年有数以千万计的人在遭受痛苦的折磨，却得不到适当的治疗。³⁵

65. 据估算，在临终前需要姑息治疗的2,000万人中，大约80%生活在中低收入国家。³⁶ 据世界姑息治疗联盟表示，全世界每年至少有1亿人受益于姑息治疗；而在需要姑息治疗的人中能够获得此种治疗的人却不足8%。同时，哈佛大学全球公平促进会——柳叶刀全球疼痛控制和姑息治疗问题委员会表示，“姑息治疗的缺失还会破坏

³⁴世界卫生组织，第19份《基本药品示范清单》（2015年4月，2015年6月修正）。见载于 www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines。

³⁵世界卫生组织，《确保有关管制药物的国家政策的平衡性：管制药物的供应和获取指南》（日内瓦，2011年）。

³⁶世界卫生组织秘书处关于将姑息治疗作为生命全程的综合性治疗内容予以加强的报告。

改善人类福祉的努力，并让旨在减少人类苦难和加强卫生系统的一系列干预措施经费匮乏”。³⁷

66. 在许多国家，特别是在欠发达地区，及早预防、治疗和治愈癌症的可能性严重受到一系列因素的限制，其中包括及早发现和预防政策的缺失和卫生系统的诸多局限性。在许多情况下，姑息治疗可能是处理日益增多的病例的现有唯一选择。

67. 美沙酮和丁丙诺啡（受《1971年公约》管制的类阿片镇痛剂，其在替代疗法中的使用不断增加）等其他国际管制药物可在疼痛管理中使用，但大多是用于治疗药物依赖。然而，甚至是在一些滥用海洛因现象泛滥的国家中，这些药物的使用也受到限制。

68. 尽管上述情况在所有区域都十分普遍，但疼痛缓解药物的供应依然不够充分，其获取因受限制过严程序阻碍依然困难重重，而且，卫生专业人员因缺乏培训和能力不足或因担心成瘾（不利于卫生专业人员开具处方）往往不会开具此类药物的处方。

69. 因此，剧烈的疼痛往往得不到治疗，但医疗专业人员有能力缓解其中大多数疼痛。疼痛得不到治疗，就会影响患者本人及其家人、朋友和所属社区的生活质量，并可能让社会蒙受更广泛的损失。³⁸

³⁷F. Knaul 等人，“缩小差距：哈佛大学全球公平促进会——柳叶刀全球疼痛控制和姑息治疗获得问题委员会”，《柳叶刀》（2015年3月8日）。

³⁸N.I. Cherny 等人，“评价非洲、亚洲、拉丁美洲和加勒比及中东用阿片剂管控癌症痛苦的供应和获得情况：引言和方法”，《肿瘤学年鉴》第24卷，补编第11号（2013年），pp.xi7-xi13。

1. 类阿片镇痛剂的全球消费模式

(a) 不能充分获取

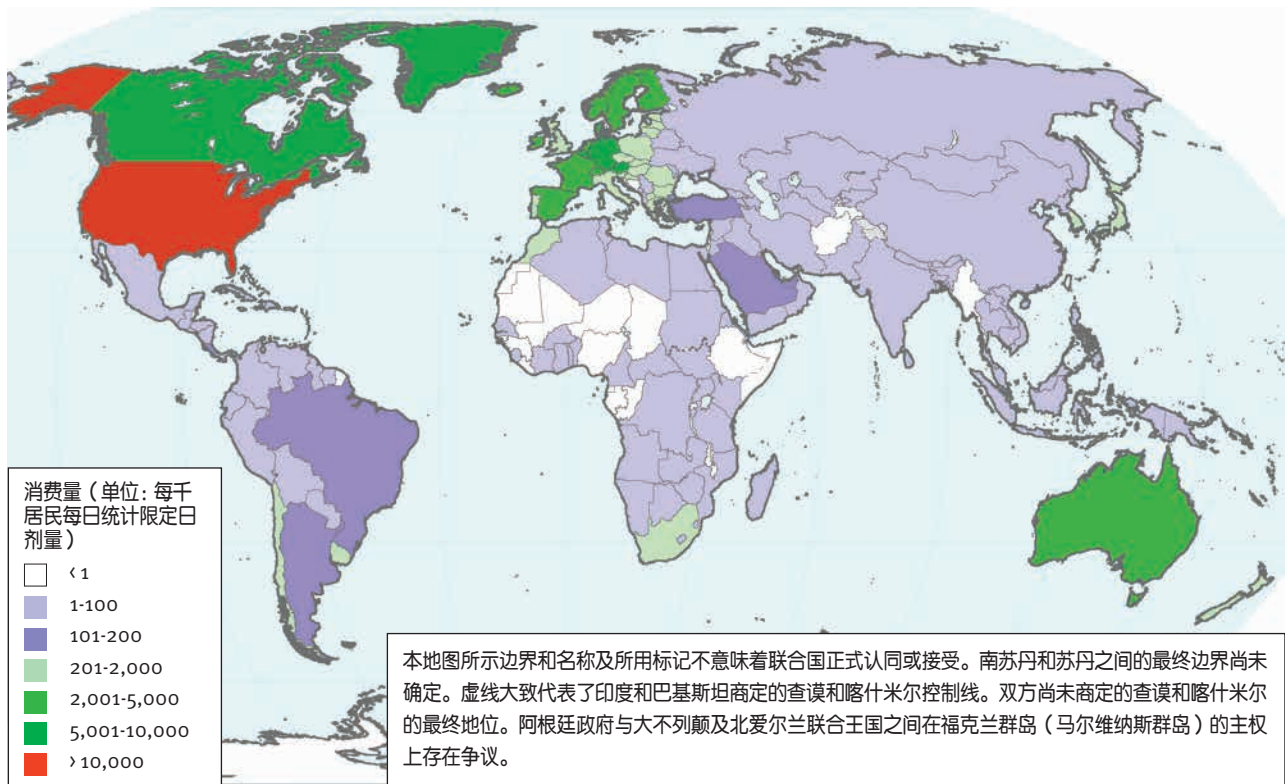
70. 麻管局现已掌握的数据表明，2011-2013年期间以统计限定日剂量报告的消费量和2001-2003年期间相比有所增加（见地图1和2）。特别是，拉丁美洲和中东地区的供应情况取得明显进展。在拉丁美洲，类阿片镇痛剂实际消耗量可能比报告的消费量还要高，这是因为与其他区域相比，美沙酮（因其在阿片剂替代治疗中的普遍使用而未纳入全球统计限定日剂量计算）在该区域更多地是用于缓解疼痛，而鲜少用于药物依赖治疗，因为该区域海洛因滥用情况的流行率相对较低，因此阿片剂替代治疗服务并不常见。

71. 俄罗斯联邦和中亚部分国家的情况略有改进。但在非洲大部和亚洲部分地区，情况依然不容乐观。

72. 美国、加拿大、澳大利亚和某些西欧国家增加了其消费量，超过了每百万居民每日10,000统计限定日剂量。其中部分国家，处方药滥用现象大幅增加，对此，相关国家的政府现已采取行动，争取在不限制有需要者获取止痛药的情况下，减少此种现象。

73. 总体而言，在确保类阿片镇痛剂供应和扩大其获取机会方面取得的进展令人鼓舞，但对为数众多的国家而言，这一目标仍然遥不可及。

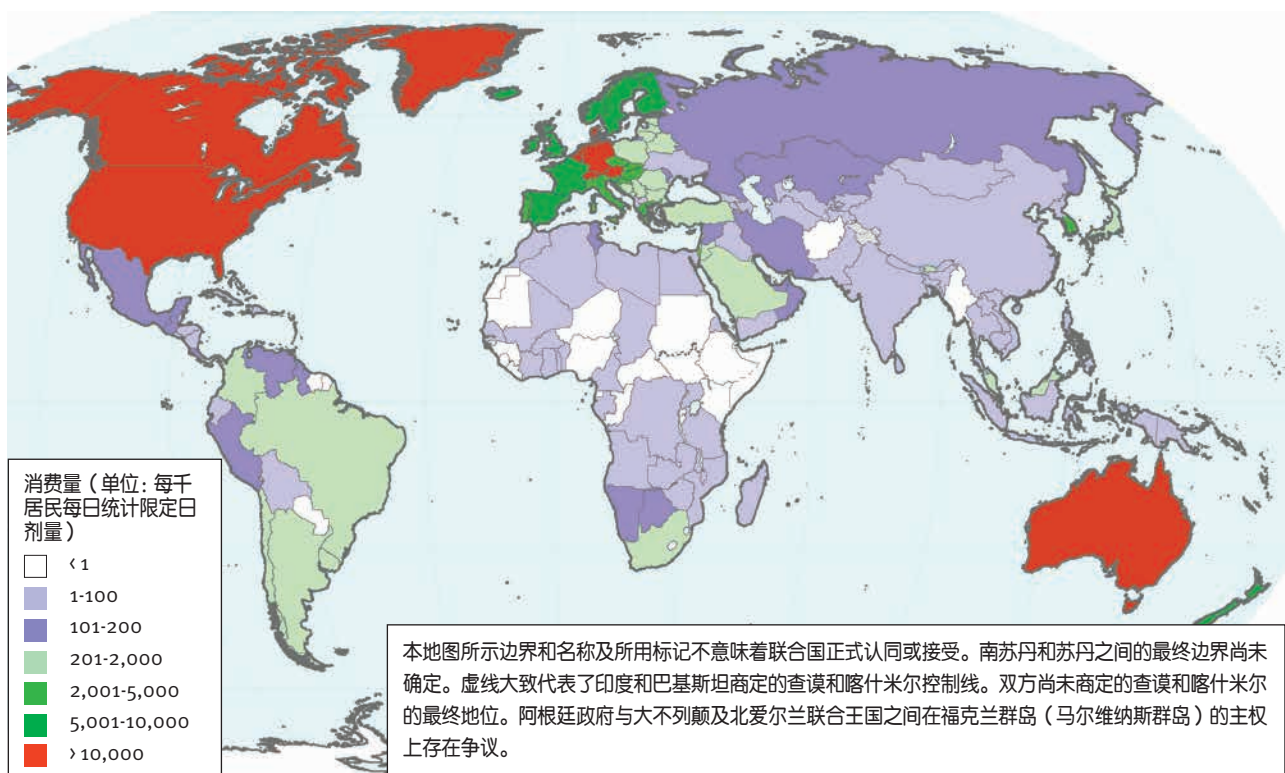
地图 1. 疼痛管理所用类阿片药物的供应情况（2001-2003 年平均值）



资料来源：国际麻醉品管制局。

注：类阿片药物是指可待因、右丙氧芬、二氢可待因、芬太尼、氢可酮、氢吗啡酮、凯托米酮、吗啡、羟考酮、哌替啶、替利定和三甲利定。

地图 2. 疼痛管理所用类阿片药物的供应情况（2011-2013 年平均值）



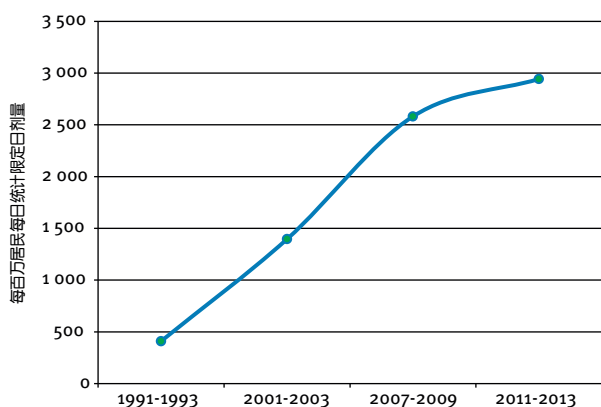
资料来源：国际麻醉品管制局。

注：类阿片药物是指可待因、右丙氧芬、二氢可待因、芬太尼、氢可酮、氢吗啡酮、凯托米酮、吗啡、羟考酮、哌替啶、替利定和三甲利定。

(b) 类阿片镇痛剂消费量随着时间的推移而变动

74. 在过去二十年间，以统计限定日剂量表示的类阿片镇痛剂全球消费量大大增加。长期趋势显示，1991-1993年期间至2011-2013年期间的整体增幅高达618%（见图5）。这一趋势在最初的几年尤其明显：1991-1993年期间至2001-2003年期间之间的增幅为240%，而2001-2003年期间至2007-2009年期间之间的增幅仅为84%。2007-2009年期间至2011-2013年期间之间的增长率进一步下滑至14%。消费量增加的主要原因在于芬太尼消费量上涨，且在一定程度上，也是吗啡消费量增加的结果。治疗疼痛所用可待因和哌替啶的全球消费量下降。

图5. 类阿片镇痛剂全球消费趋势：
1991-1993年、2001-2003年、2007-
2009年和2011-2013年平均



资料来源：国际麻醉品管制局。

75. 据观察，自1991年以来，各个区域类阿片镇痛剂消费量的涨幅一直不均衡。该药物消费增长的主要动力来自北美以及欧洲和大洋洲这三大消费区（见图6-17）。

76. 在亚洲，情况喜忧参半。在这里，大多数国家的消费量在过去十年中均有增加，不过，次区域一级却呈现出不同的趋势。据观察，东亚、东南亚和西亚消费量温和增长，而南亚消费量下降，且其消费量依然全球最低，而导致这一下降的原因很可能是印度类阿片镇痛剂消费量受其之前出台的立法限制规定的影响大幅下滑。这些限制规定最近已解除，但这一消费差距仍需一段时间方能弥合。

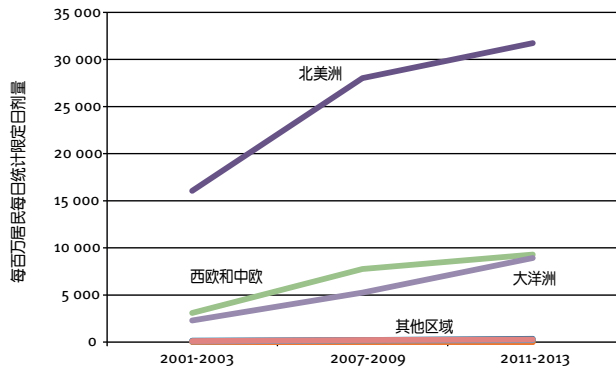
77. 在非洲，情况较为棘手，尽管有几个国家取得了进展，但消费量依然极低。无论是在消费量较高的国家，还是在消费量较低的国家，消费模式都出现了剧烈波动。究其原因，很可能是因为国家主管部门缺乏正确估算本国需求的能力。

78. 中美洲和加勒比的消费总体呈增加趋势，但各国之间差异迥然。中美洲和加勒比国家的消费仍低于适当水平。在南美洲，大多数国家2011-2013年期间的消费量都有增加，尽管其中部分国家在早期阶段的消费量出现下降。这两个次区域的消费数据，但特别是南美洲的消费数据，带有一定的局限性，因为尽管美沙酮在该区域某些国家中是被作为一种止痛药加以使用，而非用于替代治疗——海洛因滥用现象在该区域并不常见——但在计算全球层面的统计限定日剂量时，它被排除在外。

79. 在欧洲，消费总体呈增长趋势，部分国家在一定程度上保持稳定。

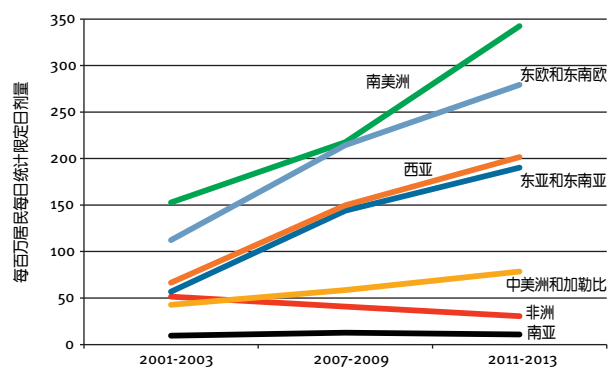
80. 在澳大利亚和新西兰，消费量增加，影响了整个区域的走势。

图 6. 2001-2013 年期间各区域消费趋势



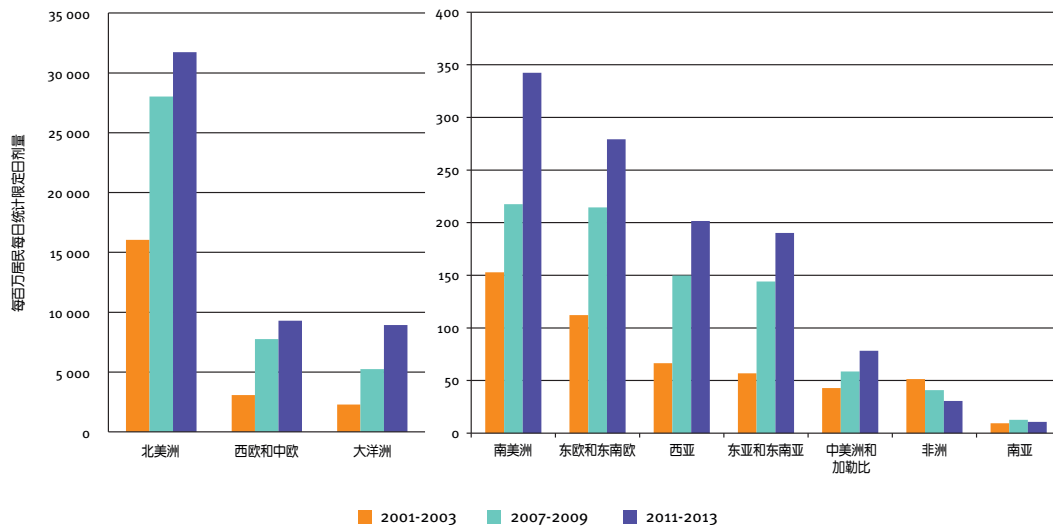
资料来源：国际麻醉品管制局。

图 7. 2001-2013 年期间部分次区域的消费趋势



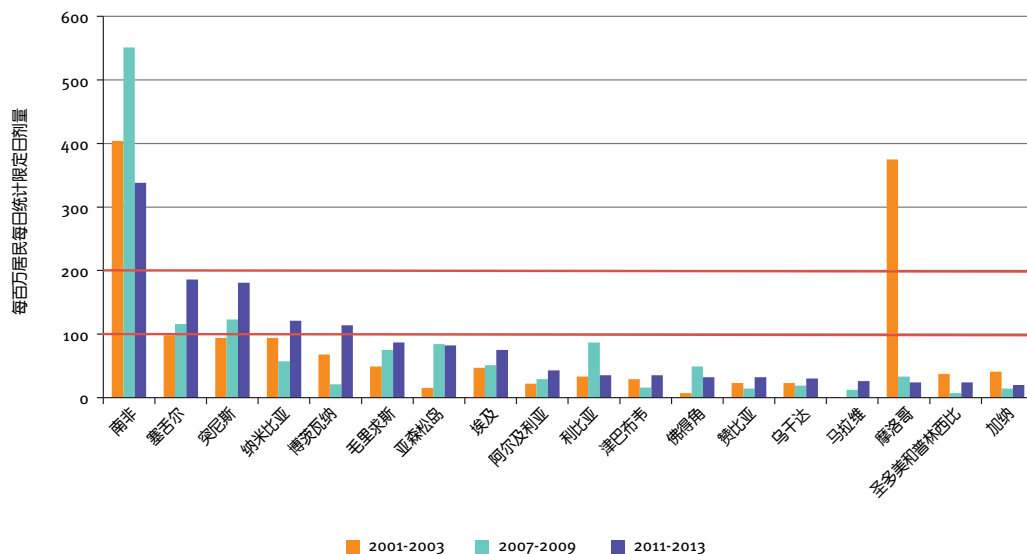
资料来源：国际麻醉品管制局。

图 8. 2001-2003 年、2007-2009 年和 2011-2013 年期间各区域类阿片镇痛剂平均消费量



资料来源：国际麻醉品管制局。

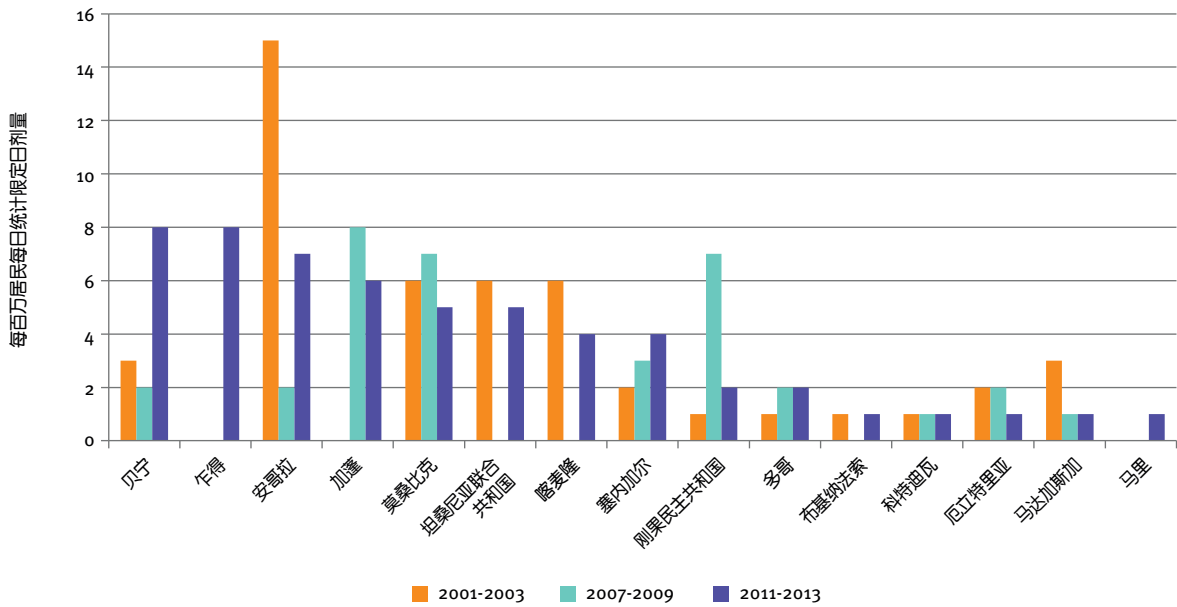
图 9. 2001-2003 年、2007-2009 年和 2011-2013 年期间类阿片镇痛剂消费量较高的非洲国家和领土平均消费量



资料来源：国际麻醉品管制局。

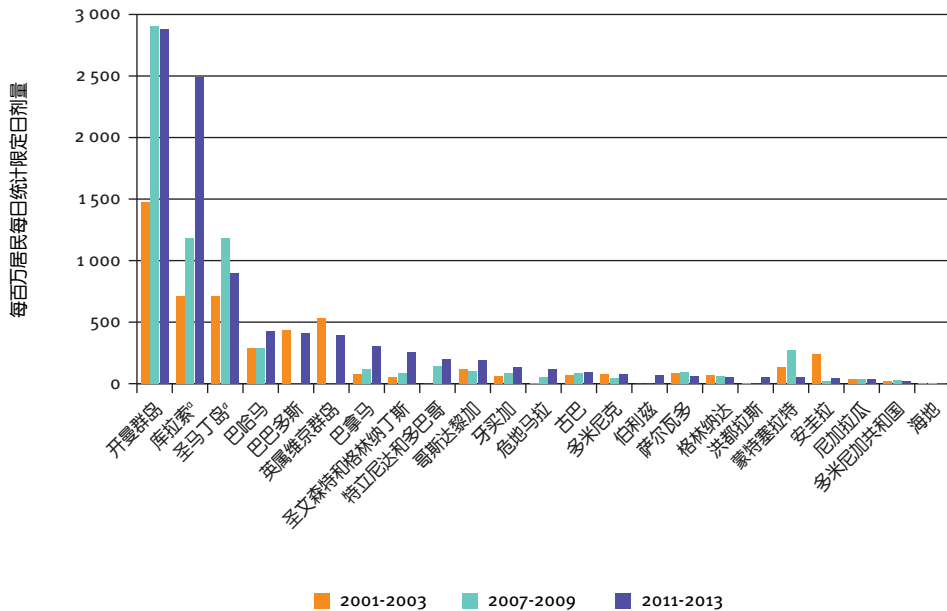
注：红线：低于 200 统计限定日剂量的水平被视为不足；低于 100 统计限定日剂量的水平被视为尤其不足。关于麻管局定为不足和尤其不足的消费水平的进一步说明请见上文第 46 段。

图 10. 2001-2003 年、2007-2009 年和 2011-2013 年期间类阿片镇痛剂消费量较低的非洲国家平均消费量



资料来源：国际麻醉品管制局。

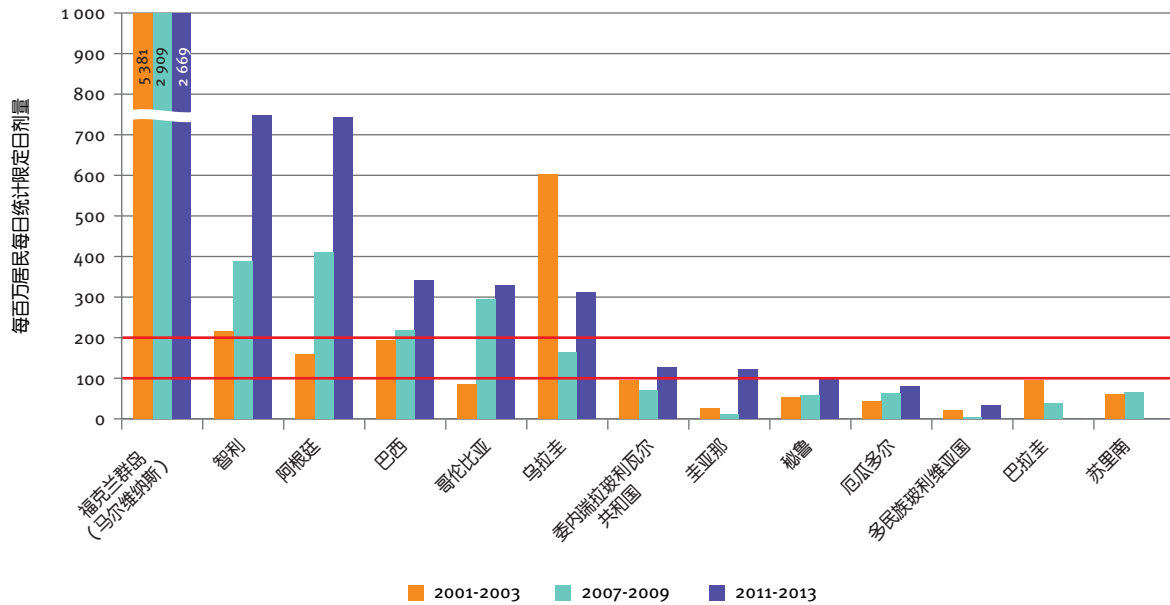
图 11. 2001-2003 年、2007-2009 年和 2011-2013 年期间中美洲和加勒比类阿片镇痛剂平均消费量



资料来源：国际麻醉品管制局。

^a 荷属安的列斯于 2010 年 10 月 10 日解体，形成了库拉索和圣马丁岛这两个构成实体。

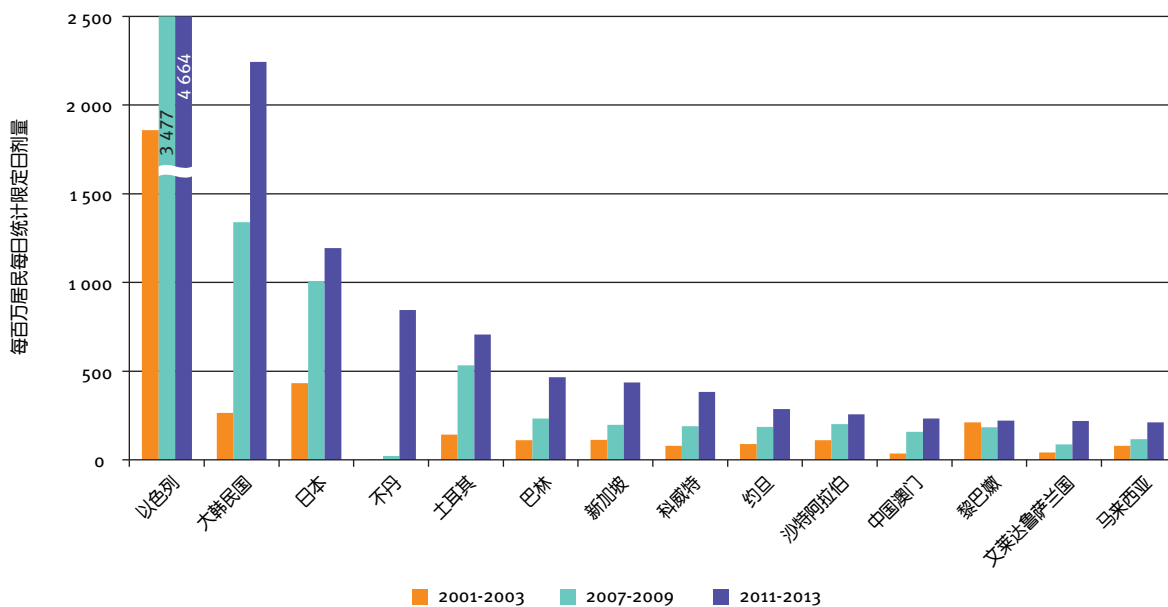
图 12. 2001-2003 年、2007-2009 年和 2011-2013 年期间南美洲类阿片镇痛剂平均消费量



资料来源：国际麻醉品管制局。

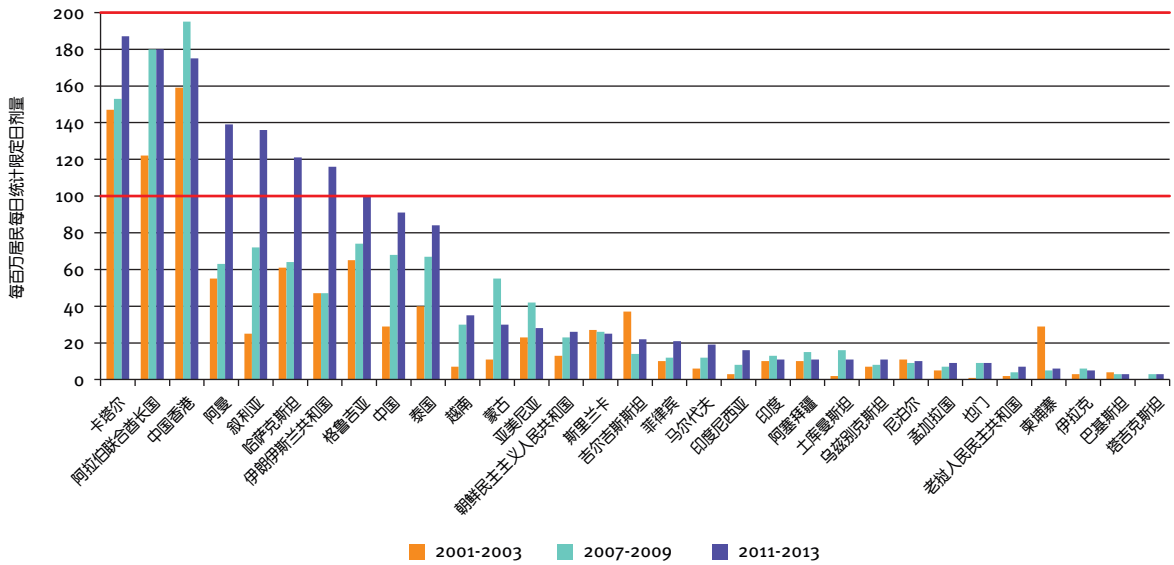
注：红线：低于 200 统计限定日剂量的水平被视为不足；低于 100 统计限定日剂量的水平被视为尤其不足。关于麻管局定为不足和尤其不足的消费水平的进一步说明请见上文第 46 段。

图 13. 2001-2003 年、2007-2009 年和 2011-2013 年期间类阿片镇痛剂消费量较高的亚洲国家和领土平均消费量



资料来源：国际麻醉品管制局。

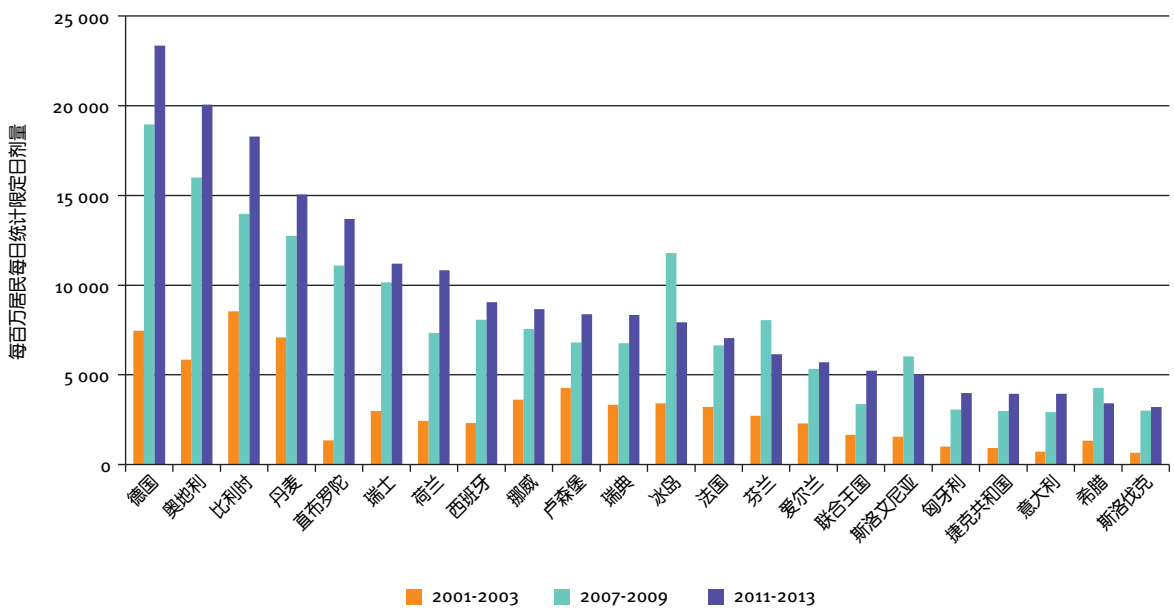
图 14. 2001-2003 年、2007-2009 年和 2011-2013 年期间类阿片镇痛剂消费量较低的亚洲国家和领土平均消费量



资料来源：国际麻醉品管制局。

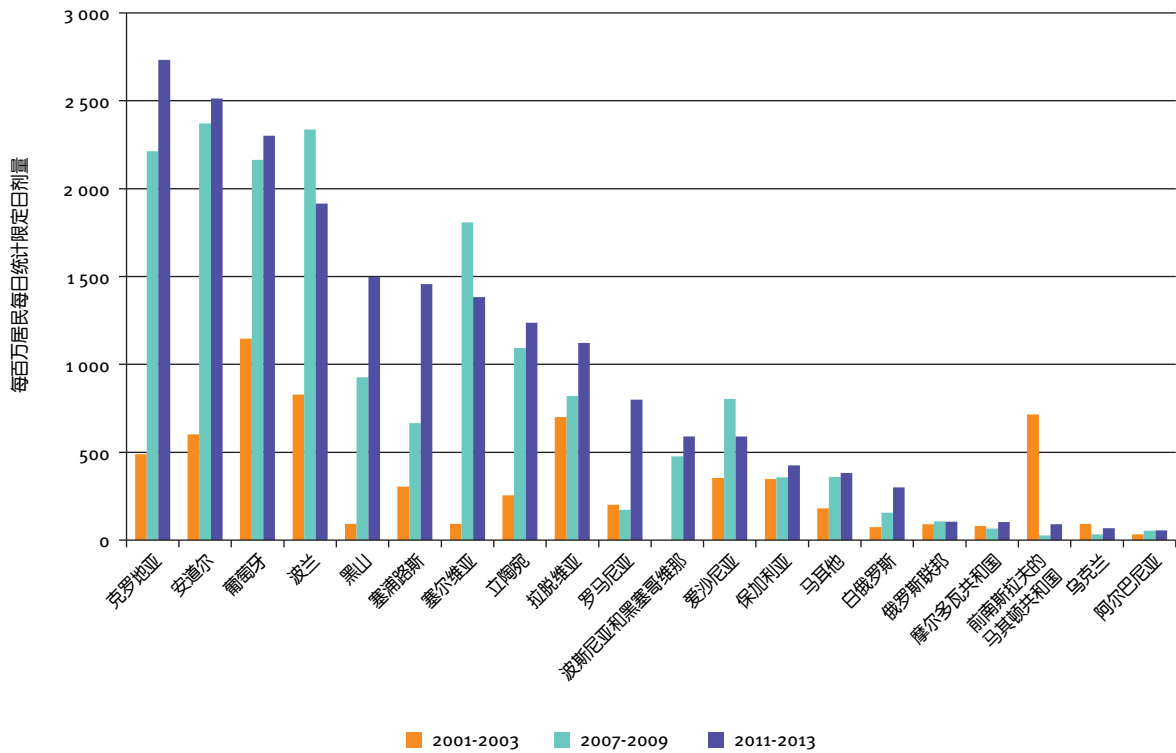
注：红线：低于 200 统计限定日剂量的水平被视为不足；低于 100 统计限定日剂量的水平被视为尤其不足。关于麻管局定为不足和尤其不足的消费水平的进一步说明请见上文第 46 段。

图 15. 2001-2003 年、2007-2009 年和 2011-2013 年期间类阿片镇痛剂消费量较高的欧洲国家和领土平均消费量



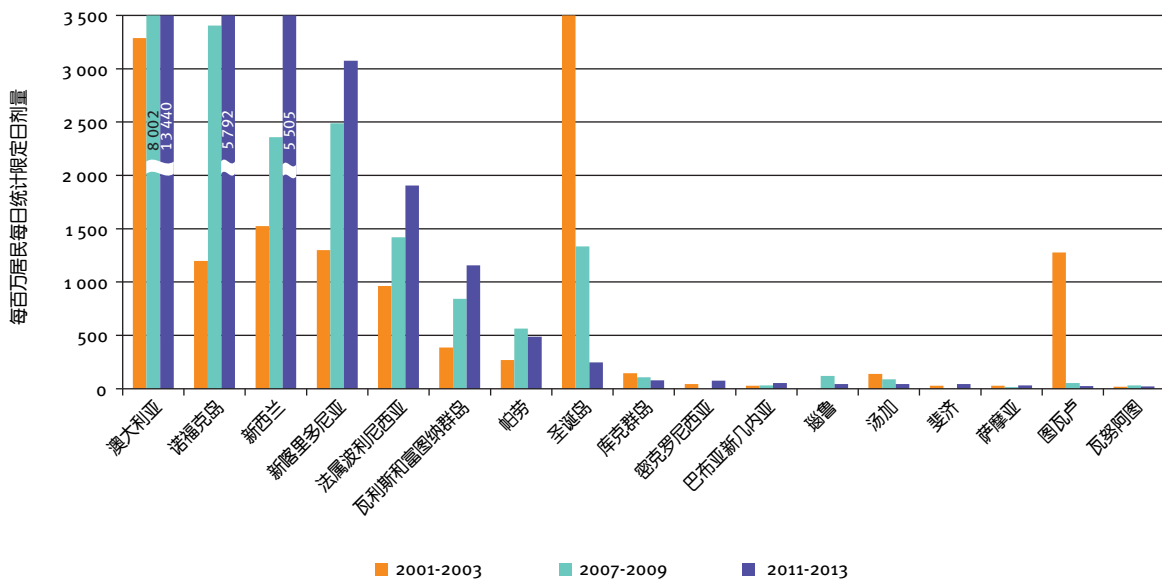
资料来源：国际麻醉品管制局。

图 16. 2001-2003 年、2007-2009 年和 2011-2013 年期间类阿片镇痛剂消费量较低的欧洲国家平均消费量



资料来源：国际麻醉品管制局。

图 17. 2001-2003 年、2007-2009 年和 2011-2013 年期间大洋洲类阿片镇痛剂平均消费量



资料来源：国际麻醉品管制局。

(c) 过度消费和处方药滥用

81. 在某些区域不能充分获得类阿片镇痛剂的问题固然令人关切，但同时还务必考虑到，在消费量较高的区域，滥用处方药带来的公共健康问题愈发严重，甚至在一些国家，处方药的滥用速度比非法药物滥用还快。

82. 加剧这一事态的因素有很多，但最主要的是处方药随处可得且人们错误地认为处方药不像非法药物那样易于滥用。不照处方规定用处方药进行自我药疗，使得这一问题进一步加剧。

83. 毒品和犯罪问题办公室经对类阿片镇痛剂消费情况与其滥用流行情况作比较分析³⁹发现，某

³⁹ 《2014年世界毒品报告》(联合国出版物,出售品编号:E.14.XI.7)。

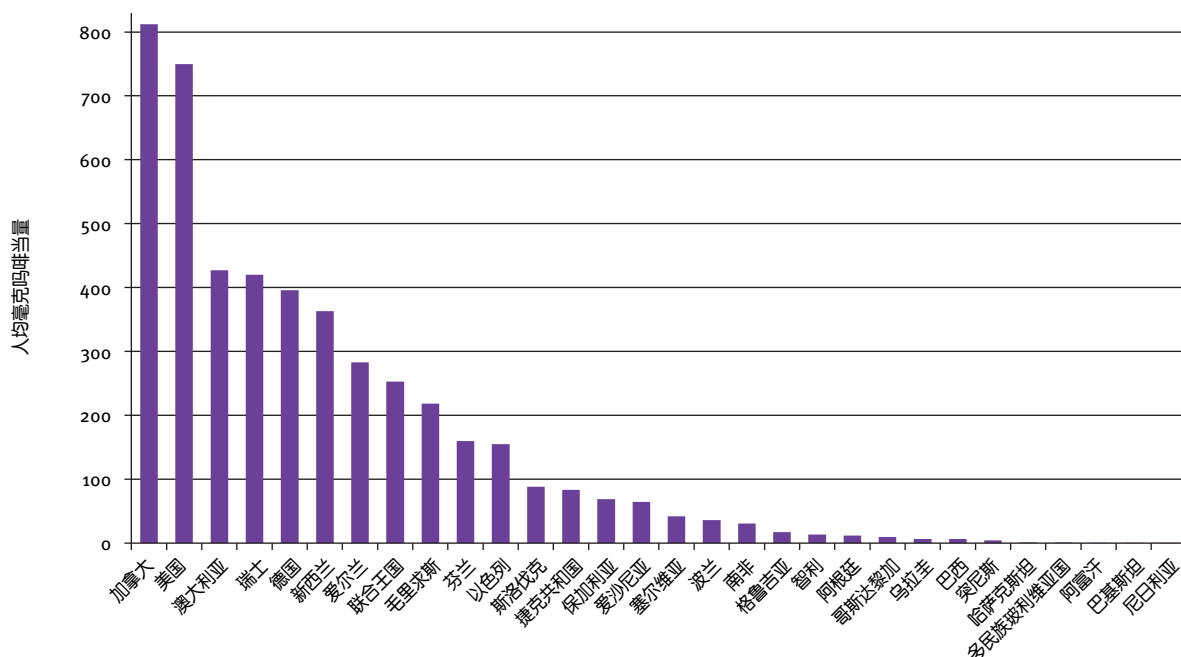
些国家类阿片药物滥用的流行率很高。医疗所用类阿片药物人均消费量最低的澳大利亚、加拿大和美国等高收入国家⁴⁰和尼日利亚和巴基斯坦等中等偏下收入国家均报告了这一情况(见图18-19)。⁴¹毒品和犯罪问题办公室表示,这表明,处方类阿片药物的滥用并不一定是因医疗所用类阿片药物易获得或供应无缺而起。⁴²

⁴⁰ 基于世界银行的收入水平与发展分类。

⁴¹ 处方类阿片药物滥用的年度流行率如下: 澳大利亚, 3.1%; 加拿大, 1%; 尼日利亚, 3.6%; 巴基斯坦, 1.5%; 以及美国, 5.2%。

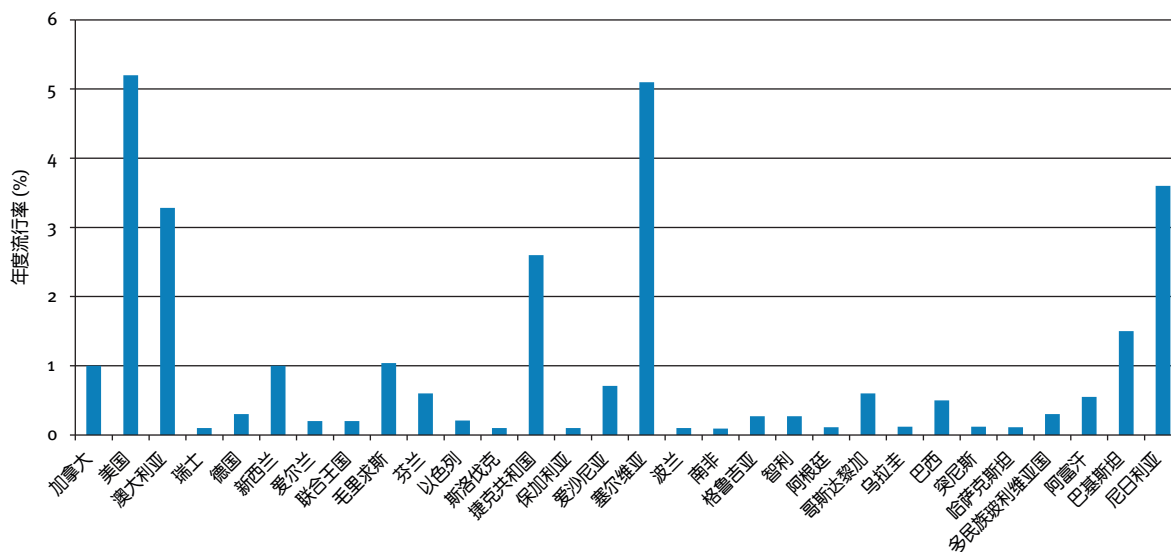
⁴² 《2014年世界毒品报告》。

图 18. 类阿片镇痛剂人均消费量 (2011 年)



资料来源: 毒品和犯罪问题办公室。

图 19. 公众中处方类阿片药物滥用的流行率（2013 年或最近期可得数据）



资料来源：毒品和犯罪问题办公室。

84. 为了解决这个问题，各国需要制定一项综合战略，以解决医疗专业人员开具的处方过量、“医生采购”和处方的开具和配药管制不足等处方药过度供应的根本原因。此外，公共卫生官员经调查发现，家庭中存有不再为治疗所需或所用的处方药是从合法渠道转向滥用的处方药的主要来源之一。在若干国家开展的滥用流行情况调查表明，首次滥用处方药的人中有相当大一部分是从合法取得药物的朋友或家人那里得到药物的。

85. 为解决这一问题，日益广为各方所用的措施包括出台相关机制，确保安全返还和处置具有刺激精神之功效的药物，特别是含有麻醉药品或精神药物的药物，这其中包括举办处方药回收日活动。许多法域推出的此类举措均以相对较低的成本取得了显著的成果。

86. 这些措施的重要性得到了包括麻醉药品委员会在内的整个国际社会的承认。因此，2013年3月，麻委会通过了其关于促进安全、可靠且

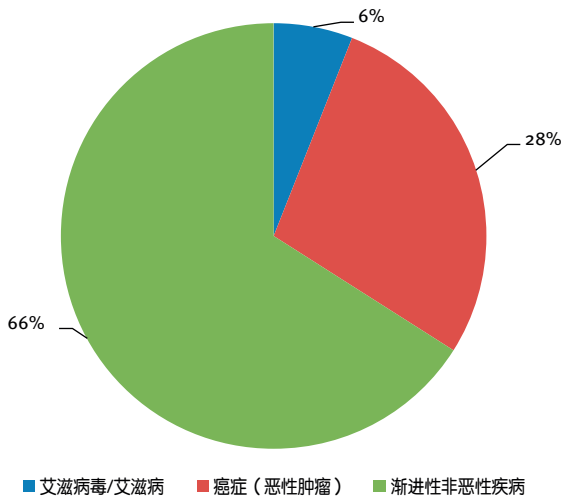
适当地返还处方药特别是含有受国际管制麻醉药品和精神药物的处方药以供处置的举措的第56/8号决议。

87. 在该决议中，麻委会鼓励各国考虑采取多种多样的行动方案，与公共卫生官员、药剂师、药物制造商和分销商、医生、消费者保护协会和执法机构等各利益攸关方合作，解决处方药滥用问题，以促进人们更加深入地认识非医疗使用处方药特别是含有麻醉药品和精神药物的处方药所涉的危险。

(d) 类阿片镇痛剂的消费情况和姑息治疗的必要性

88. 以统计限定日剂量或毫克/人表示的类阿片镇痛剂消费模式只能说明部分问题。如欲确定消费水平是否适当，则务必要结合需要姑息治疗的健康问题的流行情况加以衡量，这其中不仅包括癌症，还包括其他健康疾病。此外，尽管类阿片

图 20. 按疾病类型分列的需要临终姑息治疗的疾病所致死亡情况 (2011 年)



资料来源：世界卫生组织和世界姑息治疗联盟，《临终姑息治疗全球地图集》（世界姑息治疗联盟，2014 年）。

镇痛剂的消费主要集中在少数几个国家，但需要使用此药物的健康问题比这要广得多。

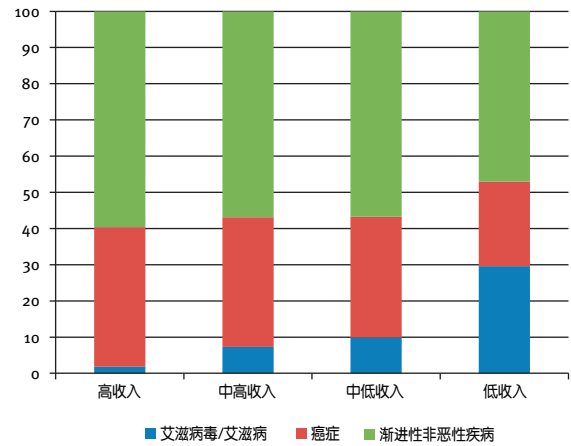
89. 世卫组织和世界姑息治疗联盟共同编制的《临终姑息治疗全球地图集》⁴³ 所载资料表明，在需要姑息治疗的成人死亡案例中，癌症患者占 28%。需要此种治疗的死亡案例大多数（66%）是与进行性非恶性疾病有关。⁴⁴ 其余 6% 则是与艾滋病有关（见图 20）。

90. 在除低收入国家以外的所有国家，需要癌症姑息治疗的成年人所占的比例依然大致保持稳定，介乎于 33-38% 之间；在低收入国家，这一比例要低得多，仅为 23% 左右（见图 21）。而无论在哪一个区域，进行性非恶性疾病依旧占大多数。低收入国家中艾滋病姑息治疗需要占姑息治疗病例的三分之一，而在收入水平较高的国家，这一比例依然不足 10%。

⁴³ 世界卫生组织和世界姑息治疗联盟，《临终姑息治疗全球地图集》（世界姑息治疗联盟，2014 年）。

⁴⁴ 成年的进行性非恶性疾病是指阿尔茨海默氏病及其他痴呆症、心血管疾病（不包括猝死）、慢性阻塞性肺疾病、肝硬化、糖尿病、多发性硬化症、肾脏疾病、帕金森氏病、类风湿关节炎和肺结核（仅指耐多药结核病和广泛耐药结核病）。

图 21. 按收入人群和疾病类型分列的需要临终姑息治疗的成年人分布情况 (2011 年)

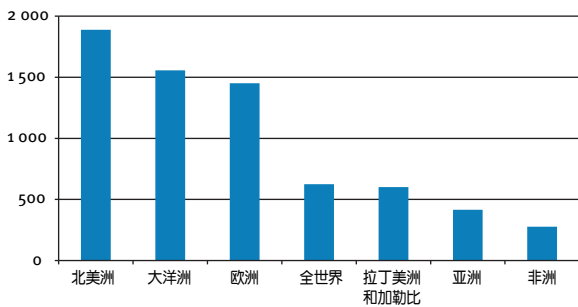


资料来源：世界卫生组织和世界姑息治疗联盟，《临终姑息治疗全球地图集》（世界姑息治疗联盟，2014 年）。

91. 世界卫生组织下属的癌症研究专门机构——国际癌症研究机构——所掌握的最新数据显示，2012 年，全球新增癌症病例和癌症死亡案例已分别上升至 1,410 万例和 820 万例，2008 年则分别为 1,270 万例和 760 万例。2012 年流行估计表明，在过去五年内被诊断出患有癌症且存活至今的年满 15 岁者共计 3,260 万人（见图 22）。在世卫组织 /GLOBOCAN 数据库 2012 年项目所作估算基础上进行的预测显示，预计到 2025 年，考虑到预期的全球人口增长和老龄化，每年新增癌症病例将大幅增加至 1,930 万例。

92. 2012 年，一半以上的癌症病例（56.8%）和癌症死亡案例（64.9%）发生在世界上欠发达的地区。到 2025 年，比例会进一步增加。癌症通常被看作是富人或发达国家人口群体的疾病。而在现实中，70% 以上的癌症死亡发生在中低收入国家。如不持续地采取行动，预计到 2030 年，中低收入国家癌症发病率会进一步上升。尽管癌症遍及世界各地，但那些因缺乏卫生基础设施而无力应对癌症患者人数不断增加的国家受影响更甚。

图 22. 每 100,000 名人口中在过去五年内确诊的癌症发病率 (2012 年)



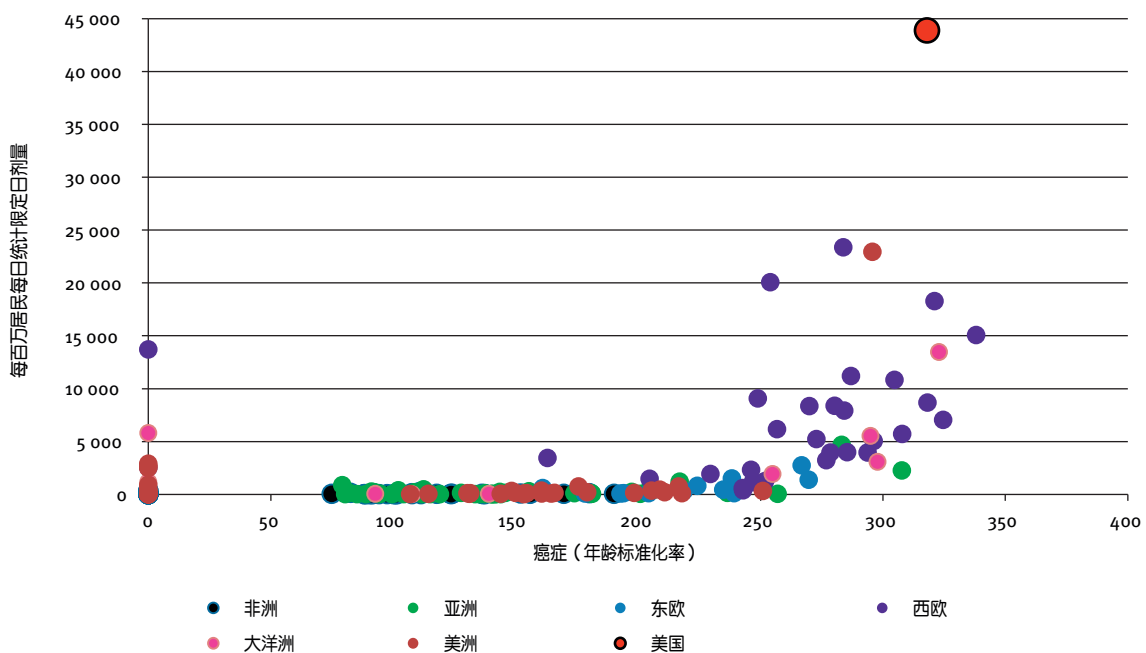
资料来源: GLOBOCAN 数据库。

93. 在预防和及早发现癌症能力有限的中低收入国家, 这种疾病发现时大多已经到了晚期。至此, 可选择的治疗方案寥寥无几, 需要采取姑息治疗。因此, 在这些国家, 治疗癌症所用的类阿片镇痛剂不可或缺。

94. 通过绘制类阿片镇痛剂的消费水平与制癌症年龄标化率比对图⁴⁵即可证实这类药物在全球各地的消费量有失均衡, 其中, 美国、加拿大、澳大利亚、新西兰与西欧和中欧国家的消费水平高, 其癌症年龄标化率也相应较高。之所以难以开展全球范围内的比较, 是因为少数国家消费水平高, 在其挤压下, 大部分国家都处于较低水平 (见图 23)。如能详细研究各个区域的消费模式, 或可对全球差异情况形成更为全面的认识。

⁴⁵GLOBOCAN 所提供癌症数据的形式为年龄标准化率, 这是一国人口在年龄结构标准化情况下所呈比率的一种概括性指标。标准化是比较若干国家不同年龄群人口的必要前提, 因为年龄对患癌的风险影响重大。年龄标准化率是特定年龄率的加权平均数; 加权值系从标准人口的人口分布情况计算得出。最常采用的标准人口为世界标准人口。计算得出的发病率或死亡率被称为年龄标准化发病率和死亡率 (世界), 其单位为每 100,000 万人。年龄标准化率系利用 10 个年龄组 (0-14 岁、15-39 岁、40-44 岁、45-49 岁、50-54 岁、55-59 岁、60-64 岁、65-69 岁、70-74 岁和 75 岁以上) 的数据计算得出。其结果可能会与使用按传统的 5 岁年龄组别分类的相同数据计算得出的结果略有出入。

图 23. 癌症发病率 (2012 年) 与麻醉药品消费量 (2011-2013 年) 之间的关系



资料来源: GLOBOCAN 数据库和国际麻醉品管制局。

95. 在北美地区，墨西哥与美国和加拿大之间的差距极大（见图 24）。

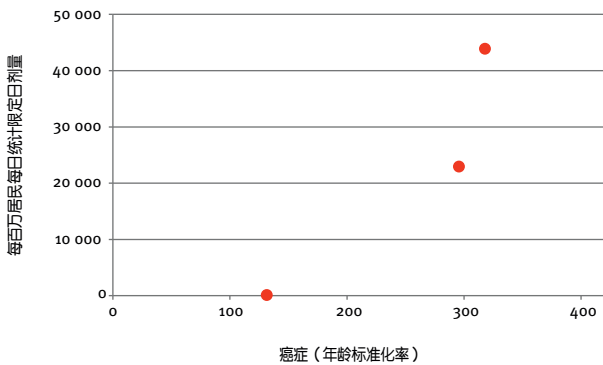
96. 在中南美洲和加勒比区域，各国之间的分布情况似乎表明，南美国家类阿片镇痛剂的消费量均有增加，而其原因在于癌症流行率越来越高（见图 25）。在中美洲和加勒比区域，某些国家的癌症流行率相对较高，但其姑息治疗所用麻醉药品的消费量却低于适当水平。

97. 在非洲，似乎集中了癌症年龄标化率为 100 的国家，且多个国家超过了这一比率，但

其类阿片镇痛剂的总消费量却仍远低于每百万居民每日 200 统计限定日剂量这一水平（见图 26）。

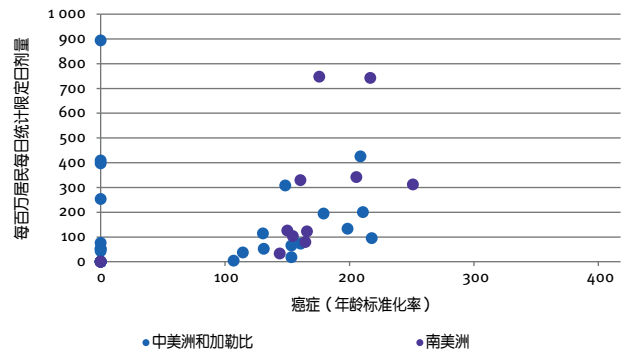
98. 亚洲以每百万居民每日统计限定日剂量表示的消费水平更高，但这与其癌症发病率较高是相对应的。西欧消费量大，似乎也与其癌症发病率高吻合。东欧和东南欧的癌症发病率与西欧相近，但其止痛药物消费水平却远低于西欧。澳大利亚和新西兰的消费水平非常高，该区域其他较小的国家的消费水平要低得多（见图 27-30）。

图 24. 北美区域癌症年龄标准化率（2012 年）与麻醉药品消费量（2011-2013 年）之间的关系



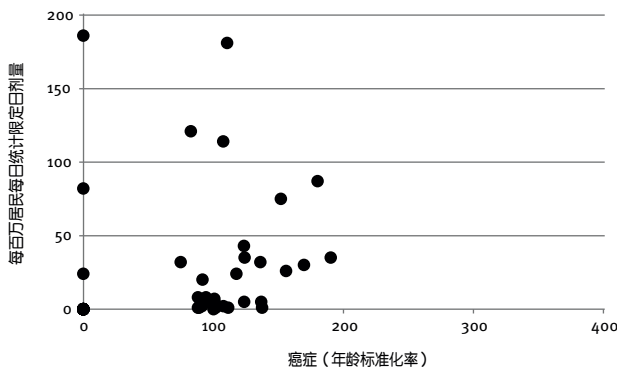
资料来源：GLOBOCAN 数据库和国际麻醉品管制局。

图 25. 中南美洲和加勒比区域癌症年龄标准化率（2012 年）与麻醉药品消费量（2011-2013 年）之间的关系



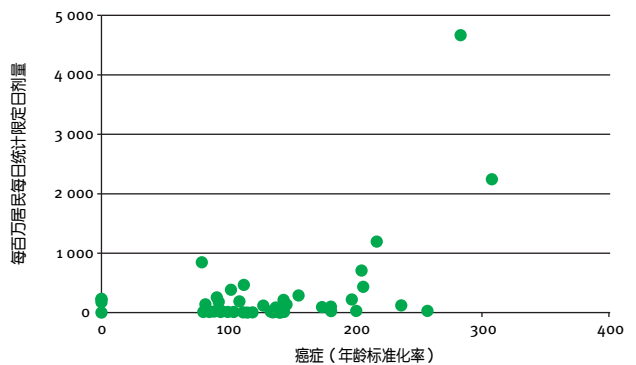
资料来源：GLOBOCAN 数据库和国际麻醉品管制局。

图 26. 非洲癌症发病率（2012 年）与麻醉药品消费量（2011-2013 年）之间的关系



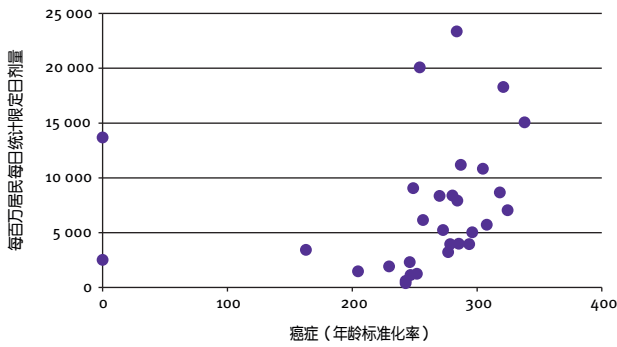
资料来源：GLOBOCAN 数据库和国际麻醉品管制局。

图 27. 亚洲癌症发病率（2012 年）与麻醉药品消费量（2011-2013 年）之间的关系



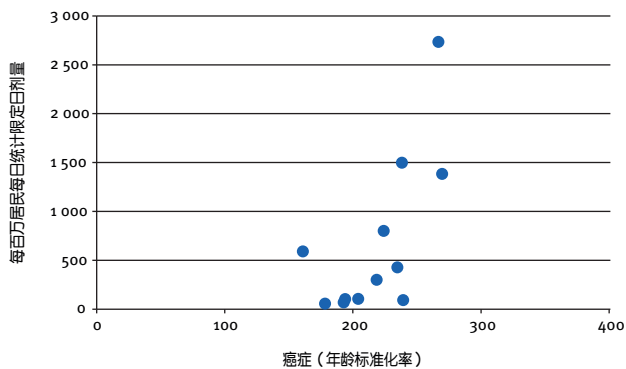
资料来源：GLOBOCAN 数据库和国际麻醉品管制局。

图 28. 西欧癌症发病率（2012 年）与麻醉药品消费量（2011-2013 年）之间的关系



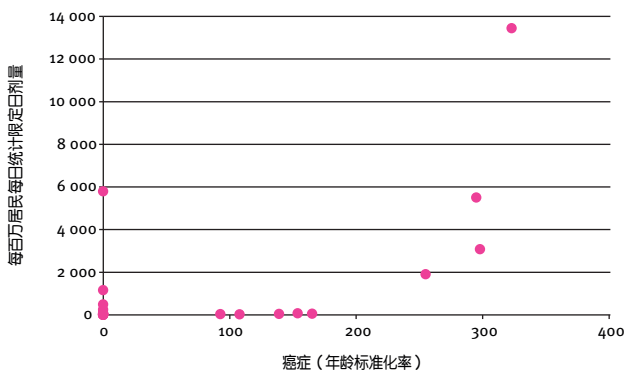
资料来源: GLOBOCAN 数据库和国际麻醉品管制局。

图 29. 东欧和东南欧癌症发病率（2012 年）与麻醉药品消费量（2011-2013 年）之间的关系



资料来源: GLOBOCAN 数据库和国际麻醉品管制局。

图 30. 大洋洲癌症发病率（2012 年）与麻醉药品消费量（2011-2013 年）之间的关系



资料来源: GLOBOCAN 数据库和国际麻醉品管制局。

99. 姑息治疗同样为治疗艾滋病之必需。经比较世卫组织《临终姑息治疗全球地图集》所列各个区域的情况发现,低收入国家特别是非洲国家内因感染艾滋病而需要姑息治疗的成年人所占百分比高于其他收入群组的国家。在抗逆转录病毒疗法获取机会增加和艾滋病毒感染发病率下降的双重作用下,全球因艾滋病毒相关原因死亡的成年人和儿童人数急剧下降。艾滋病毒相关死亡率的下降在艾滋病毒感染负担最重的区域尤为明显,其中包括非洲区域,2013年,该区域因艾滋病相关原因死亡的人数大约占全球总数的四分之三。然而,尽管艾滋病署和更广泛的国际社会已在这方面作出努力,低收入国家艾滋病毒和艾滋病发病率依然居高不下,而且抗逆转录病毒疗法的供应仍然有限。用于艾滋病所致疼痛的类阿片镇痛剂供应不充分是低收入国家更大一部分人口所面临的一大难题。

100. 比较2013年艾滋病死亡人数估计数⁴⁶与以每百万居民每日统计限定日剂量表示的类阿片镇痛剂消费水平发现,死亡人数最高且消费水平最低的国家分布在撒哈拉以南的非洲和亚洲(见表1)。尼日利亚2013年艾滋病死亡人数估计为210,000人,其向麻管局报告的类阿片镇痛剂的消费量为零。印度艾滋病死亡人数估计为130,000人,但其消费量仅为每百万居民每日11统计限定日剂量。莫桑比克的消费量仅为每百万居民每日5统计限定日剂量,而其2013年艾滋病死亡人数估计高达82,000人。坦桑尼亚联合共和国的消费量与之相同,其艾滋病死亡人数估计为78,000人。津巴布韦艾滋病死亡人数估计有64,000人,而其消费量仅为35统计限定日剂量。乌干达消费量仅为30统计限定日剂量,而其艾滋病死亡人数估计却有63,000人之多。南非消费量为338统计限定日剂量,而其艾滋病死亡人数估计则高达200,000人。

⁴⁶世界卫生组织,全球卫生观察站。

表 1. 艾滋病死亡人数估计数（2013 年）与类阿片镇痛剂消费量（2011-2013 年）对比情况

国家	2013 年艾滋病死亡人数估计数	2011-2013 年每百万居民每日统计限定日剂量
尼日利亚	210 000	0
南非	200 000	338
印度	130 000	11
莫桑比克	82 000	5
坦桑尼亚联合共和国	78 000	5
津巴布韦	64 000	35
乌干达	63 000	30
肯尼亚	58 000	0
马拉维	48 000	26
埃塞俄比亚	45 000	0
喀麦隆	44 000	4
刚果民主共和国	30 000	2
印度尼西亚	29 000	16
科特迪瓦	28 000	1
赞比亚	27 000	32

资料来源：国际麻醉品管制局和世卫组织全球卫生观察站。

101. 尽管上表证实艾滋病是需要姑息治疗的一种严重健康问题，但被归类为进行性非恶性疾病的疾病是所有区域对姑息治疗都有需求的主要原因。然而，这些疾病流行率的可靠数据在全球尚未有，故而无法将其与类阿片镇痛剂消费水平相比较。

(e) 类阿片镇痛剂的消费情况和姑息治疗的发展水平

102. 类阿片镇痛剂供应的一个重要方面是卫生系统通过适当的姑息治疗服务开出和配发这类药物的能力。世卫组织和世界姑息治疗联盟在

《临终姑息治疗全球地图集》中按照姑息治疗服务的发展水平将世界各国分为六类：

- 1 级：没有已知的活动
- 2 级：能力建设活动
- 3a 级：孤立供应
- 3b 级：普遍供应
- 4a 级：卫生系统初步一体化
- 4b 级：卫生系统高度一体化

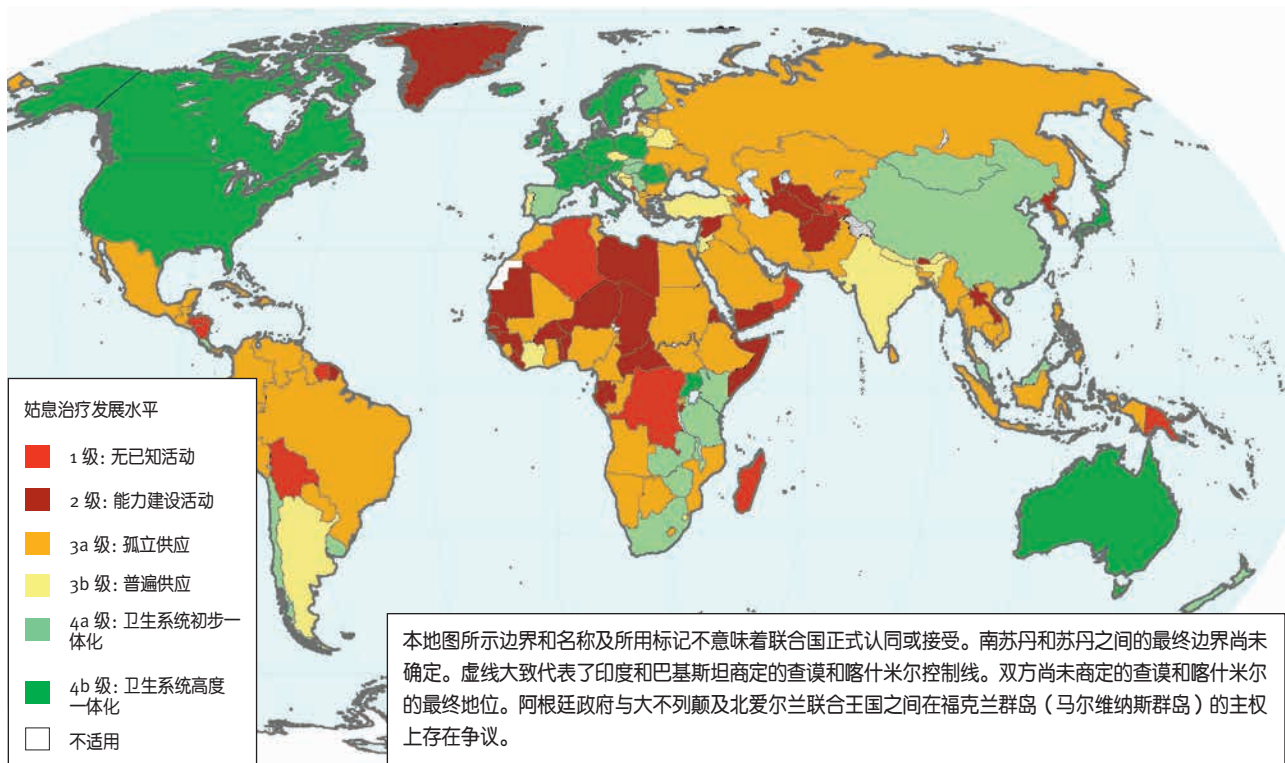
103. 通过查看标明姑息治疗服务不同发展水平的地图（见地图 3）并将之与标明以统计限定日剂量表示的类阿片镇痛剂消费水平的地图进行比较（见图 4），即有可能看出，即便高消费水平与姑息治疗服务高发展水平之间存在直接的正相关关系，但也有一些不尽一致之处。

104. 例如，非洲东部和南部不乏一些 4a 级国家（肯尼亚、马拉维、南非、坦桑尼亚联合共和国、赞比亚和津巴布韦）或 4b 级国家（乌干达），但所有这些国家（南非除外）类阿片镇痛剂的报告消费水平都相当低。

105. 在南美洲（被视为 4a 级的智利和乌拉圭与被评定为 3b 级的阿根廷除外），大多数国家被评定为 3a 级（哥伦比亚、巴西、秘鲁、厄瓜多尔、圭亚那和巴拉圭）或 2 级（苏里南和多民族玻利维亚国）。不过，该区域的消费水平相对较高。其与姑息治疗服务水平之间明显存在的不一致性可能表明，消费水平虽高，但主要集中在数量有限或享有特权的地区。

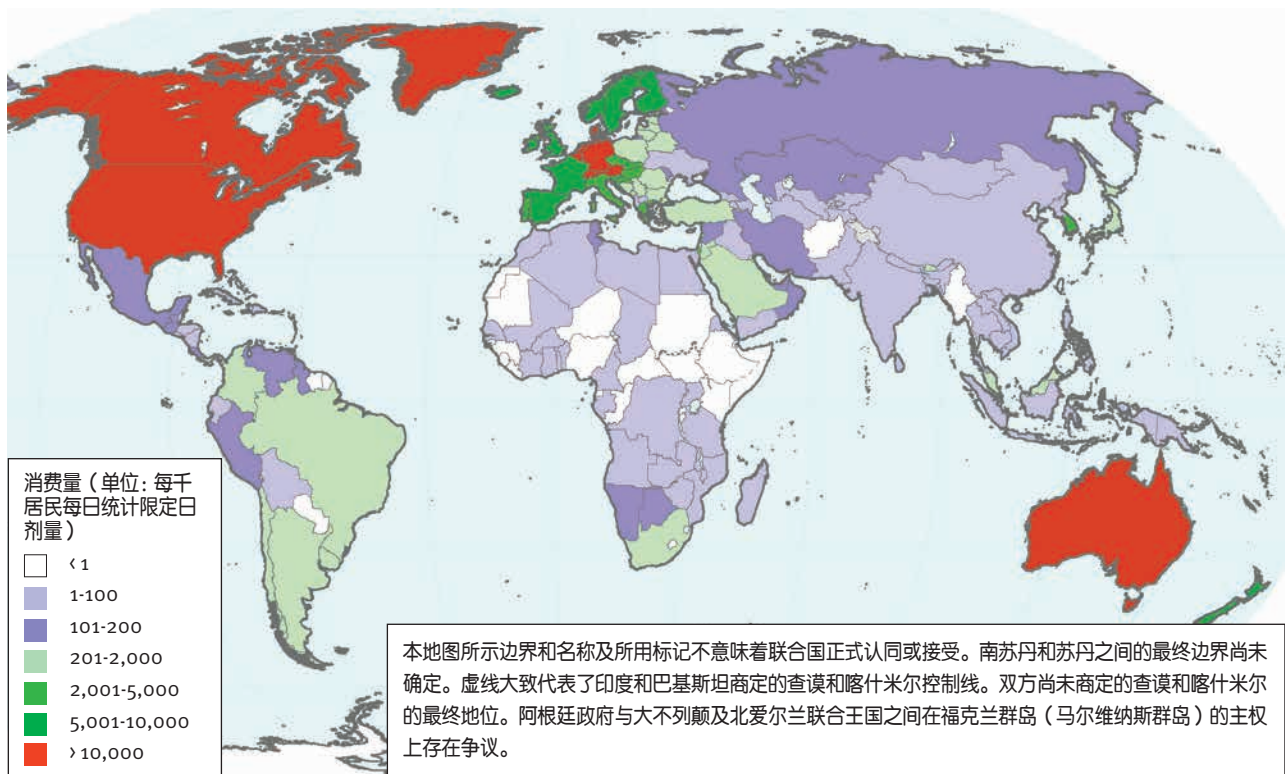
106. 姑息治疗服务的发展对于确保所供应的类阿片镇痛剂能够切实地有效、合理地以处方开出具有重要意义。

地图 3. 全球各地的姑息治疗水平 (2014 年)



资料来源: 世界卫生组织和世界姑息治疗联盟,《临终姑息治疗全球地图集》(世界姑息治疗联盟, 2014 年)。

地图 4. 2011-2013 年疼痛管理所用类阿片药物的消费情况



资料来源: 国际麻醉品管制局。

注: 类阿片药物是指可待因、右丙氧芬、二氢可待因、芬太尼、氢可酮、氢吗啡酮、凯托米酮、吗啡、羟考酮、哌替啶、替利定和三甲利定。

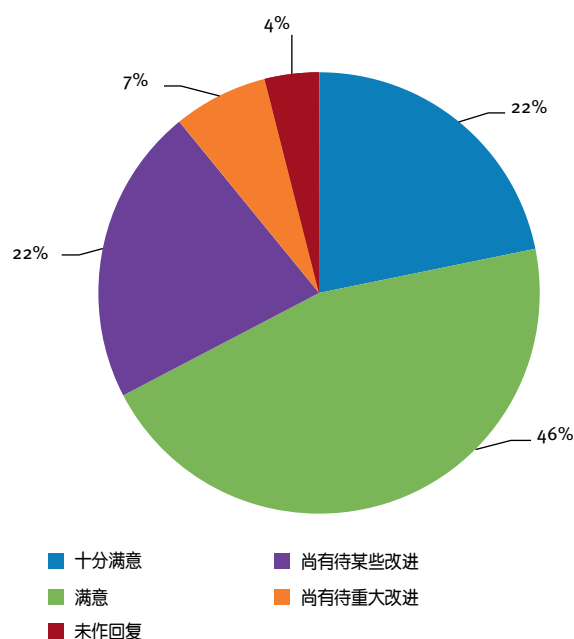
C. 麻醉药品供应的障碍

107. 2014 年，麻管局进行了一项调查，要求各国提供资料，说明其在国家层面实施《1961 年公约》的规定以确保医疗和科研所用麻醉药品供应的政策和做法。麻管局共收到了来自 107 个国家的回复。下文各段系是对这些回复的分析，并特别侧重于各国主管部门所查明的供应障碍。⁴⁷

108. 回复分析表明，近年来，各会员国已经采取行动，以改善供应情况。这很可能促成了之前所报告的以每百万居民每日统计限定日剂量表示的类阿片镇痛剂消费量上涨。调查所收到的回复显示，在那些重视供应问题并已采取行动以克服立法、行政和其他障碍的大批国家中，获取医疗所用麻醉药品的机会增多，需要姑息治疗者的生活质量提高。

109. 这一结论出自对分析前几章审视的消费模式的分析，也源自各国对其在麻醉药品供应情况的自我评价。如图 31 所示，三分之二的国家认为其现状令人满意或十分满意（分别为 46% 和 22%），而其他国家则表示尚有待作出某些（22%）或重大改进（7%）。显然，这些自我评价需要结合现实情况加以核查，但可借此深入了解各国如何看待自身的表现，以及它们是否在考虑采取行动。

图 31. 各国自身所评价的麻醉药品供应情况（2014 年）

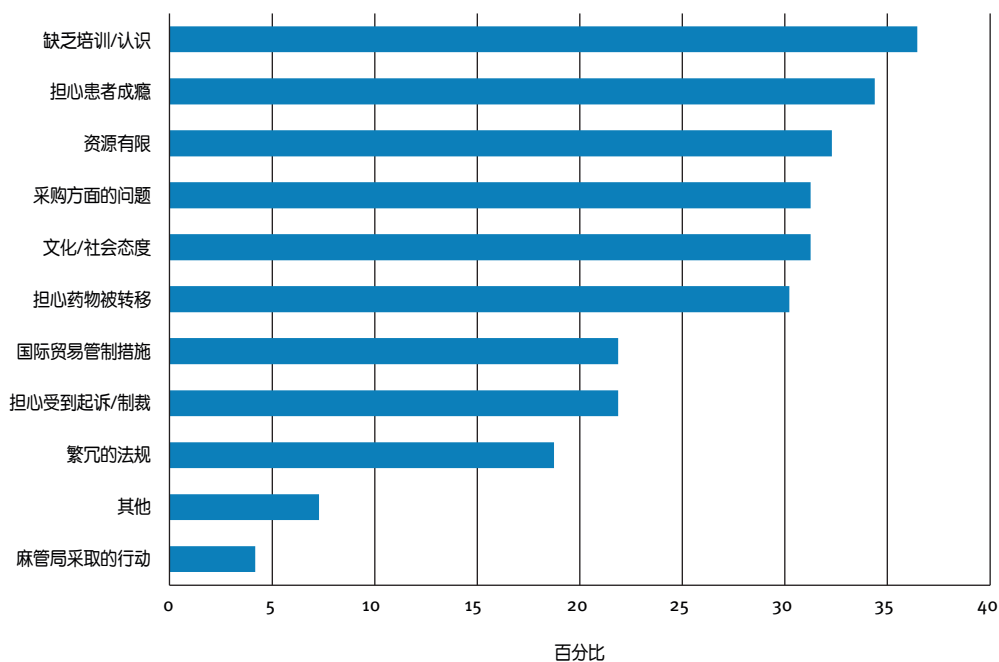


资料来源：国际麻醉品管制局 2014 年调查。

110. 会员国业已向麻管局报告过度限制医疗或科学所需麻醉药品供应的主要因素（见图 32）。在就这一具体问题所收到的 96 份有效回复中，36% 的国家表示，一个主要障碍在于医疗专业人员缺乏关于如何使用麻醉药品的培训或认识。其次是担心成瘾（34%），其次是财政资源有限（32%）。

⁴⁷各图所示结果系基于各会员国就麻管局供应情况调查问卷提交的回复。在计算百分比时所考虑到的回复数量涉及每个问题的有效回复的总数，故因题而异。在某些图中，所有百分比的总和可能不等于 100，因为在多项选择题中，各国可以选择一个或多个选项。

图 32. 麻醉药品供应障碍



资料来源：国际麻醉品管制局 2014 年调查。

111. 麻管局还审议了从事卫生和姑息治疗工作的研究人员和民间社会组织所查明的障碍。有时，这些利益攸关方所确定的障碍及其优先次序与各国主管部门所查明的结果不尽一致。民间社会和学术界常常认为法规繁冗、贸易管制措施严苛及采购方面有问题也是缓解疼痛药物获取机会有限的原因。然而，就调查问卷作出回复的国家则强调指出，缺乏培训 / 认识和担心成瘾是主要症结所在。

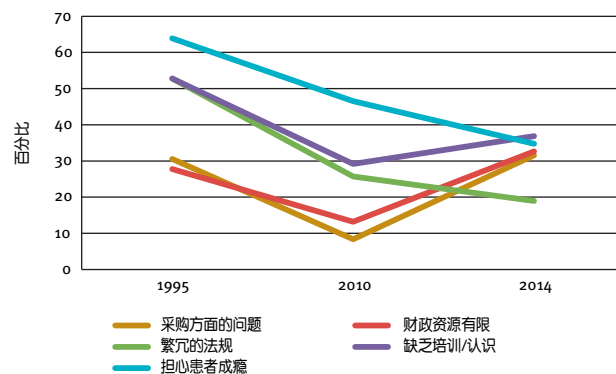
112. 其中某些因素可以与麻管局 1995 年和 2010 年调查所获得的资料进行比较。例如，在 1995 年调查中，64% 的国家认定担心成瘾是一大障碍，而在 2010 年，作此认定的国家仅占 47%；在最近的调查中，这一百分比又进一步下降至 34%。同样地，如图 33 所示，对法规繁冗和立法限制的提及大幅减少。

113. 提到医疗专业人员缺乏培训 / 认识构成障碍的情况在 1995 年至 2010 年期间减少，但随后又开始增加。这是 2014 年调查中被提到次数最多的一项障碍，36% 的国家有此表示。采购方面

的问题或供应不足的变化轨迹与此类似，先是从 1995 年的 31% 下降到 2010 年的 8%，后又在 2014 年反弹至 31%。

114. 类似的波动从提到药品费用或财政资源匮乏的回复中即可看出：1995 年为 28%，2014 年为 32%，而在这期间，曾在 2010 年下降到 13%。

图 33. 1995-2014 年期间的供应障碍



资料来源：国际麻醉品管制局 1995 年、2010 年和 2014 年调查。

115. 下文各段系对各国就 2014 年调查所作回复的分析。对所查明各项障碍的讨论系按照其提及次数递减的顺序展开。

1. 卫生专业人员缺乏培训或认识

116. 卫生专业人员缺乏培训和认识是所收到的会员国回复中最经常提到的一项障碍。关于该问题的若干研究和分析亦证实了这一点。在一些国家，卫生专业人员就疼痛和疼痛管理所掌握的专业知识可能不够充分。他们可能会对类阿片的副作用和患者对此形成依赖的可能性过度担心。医生可能对患者所述的疼痛强度缺乏信任，或者将疼痛管理押后处理。造成此种状况的一个可能原因或许是姑息治疗在医学院课程中所受重视程度有限。在其他情况下，医生可能不愿意开具类阿片镇痛剂，因为他们不信任病人及其家属安全管理这种药物的能力。

117. 由于姑息治疗教育和培训不足，医生有时会低估适当治疗能达到的缓解程度，以及该疼痛用药不足的程度。医师还可能会低估用吗啡等强效类阿片祛除剧痛的必要性，只开药效稍弱的药物。而且，某些医师可能无法或者不习惯与患者建立人际关系，而这可有助于找到适当的药物疗法，并在开具处方时量体裁衣，考虑到患者需要和当前健康状况的处方。

118. 此外，一些国家的护士在管理疼痛和支助病人方面可能培训不足，并可能会像上文所述的医生那样对类阿片抱有误解和偏见。某些情况下，护士或可给予低于正常所需剂量的药物或根本不能给予任何药物，或者她们可以努力说服病人在没有适当止痛的情况下忍痛等待。

119. 在 2014 年调查中，有 70 个国家报告称设有执业医师教育课程，其中包括合理开具和使用麻醉药品的内容。其中，73% 的国家（51 个）2007-2009 年至 2011-2013 年期间的人均消费水平有所提高。

120. 有 61 个国家报告称，业已采取提高认识措施，以促进卫生专业人员增进对负责任地开具麻醉药品做法的了解，其中 45 个国家（74%）的每百万居民每日统计限定日剂量增加。这些措施包括讲习班、

研讨会、专项培训和监督、发放信息资料，以及有药剂师、制药业和医学协会代表参加的工作组。

2. 担心成瘾

121. 33 个国家（34%）报告称，担心成瘾是供应的一个障碍，其在 2014 年调查中被提到的次数高居第二位。这其中有 18 个国家（55%）仍低于最低消费水平。

122. 据人权观察站表示，卫生专业人员不愿开具类阿片镇痛剂与其说是担心遭到起诉或制裁，不如说是担心成瘾或发生呼吸窘迫。⁴⁸ 这在 2014 年调查中亦有反映；在该调查中，分别有 33 个国家和 21% 的国家认定担心成瘾和担心遭到起诉或制裁构成障碍。

123. 担心成瘾似乎与缺乏认识和培训以及文化态度不无关系。由于对麻醉药品的药性和开具麻醉药品的安全方式缺乏了解，以及对使用这类药物抱有偏见，患者和医疗专业人员双方可能都不愿意开具和使用麻醉药品。

3. 财政资源有限

124. 31 个国家（32%）经查确定，财政问题是制约麻醉药品供应的一个障碍。特别是在麻醉药品价格高昂时，缺乏资源可能尤其限制性。虽然口服吗啡等部分制剂的生产成本相当低廉，但麻醉药品的价格可能会因政府监管、许可证办理和税收以及配发系统不力（例如，某些系统需经花费不菲的长途跋涉方能购得药品）等原因而被抬高。⁴⁹ 例如，拉丁美洲姑息治疗协会报告称，在中美洲某国，使用注射吗啡进行的为期一个月的治疗价格是该国法定最低月工资的两倍都不止。在此背景下，供应取决于患者承受处方麻醉药品

⁴⁸ 人权观察站，《全球疼痛治疗现状：作为一项人权的姑息治疗的获取情况》（2011 年），第二章。

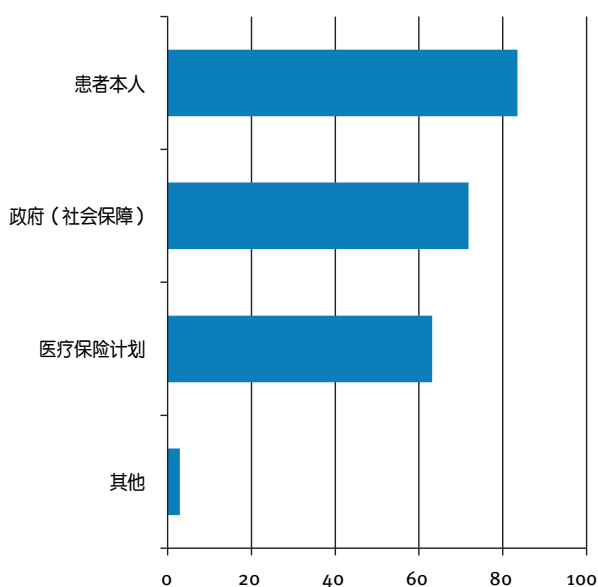
⁴⁹ 同上。

的能力。因此，务必要考虑到患者是否能够支付使用此类药物的所有或大部分费用，或者患者可否通过社会保障或国家健康保险计划获得财政支持。在谁支付处方麻醉药品费用这一问题的回复（见图 34）中，提到最多的是患者（83%），其次是政府（72%），其次是健康保险计划（63%）。

125. 2014 年进行的一项横断面研究表明，特别是在类阿片镇痛剂补贴和报销计划资源有限的国家，因监管要求而产生的额外费用可能会被直接转嫁到患者身上。该研究还发现，中等偏低收入国家内口服固体速释吗啡的价格是高收入国家的 5.8 倍。导致配发价格有此差异的原因或许在于通过大力补贴人为降低其他较昂贵制剂（芬太尼）的价格，而这又会让口服固体速释吗啡在经济上陷入不利境地。⁵⁰

126. 因此，限制麻醉药品可负担性的障碍可能源自资源的缺乏、国家限制性法规和国际贸易管制措施造成的高昂价格，以及非支持性政策，包括缺乏公共医疗报销计划。

图 34. 谁承担处方麻醉药品的费用？（2014 年）



资料来源：国际麻醉品管制局 2014 年调查。

⁵⁰Liliana De Lima 等人，“监测全球各地类阿片药物供应情况、配发价格和可负担性的跨部门试点研究”，《疼痛与症状管理杂志》，第 48 卷，第 4 号（2014 年 10 月）。

4. 从产业或进口采购遇到的问题

127. 许多国家的回复表明其在采购方面存在问题。口服吗啡等某些麻醉药品制剂的供应可能数量不够充足，因为制造商和进口商 / 出口商可能更愿意生产和交易价格更高的制剂，在人口较少和（或）市场需求较低的情况下尤其是如此。这些制剂的营销，加之对特定制剂（如芬太尼）给予的补贴，或可解释为何消费数据分析显示芬太尼消费量的增加比吗啡更为迅猛。

128. 在一些国家，地方制药企业对制造口服吗啡缺乏兴趣，部分原因在于医师在开具类阿片过于有限，且医院对此种药物的需求太小不值得生产。在一些发展中国家，吗啡只能通过从国际制药公司进口来提供，而其价格，无论是政府还是民众都无力承担。最后，一些地方医药公司对生产类阿片不感兴趣，因为这类产品涉及安全成本和法律风险。

129. 除了当地不生产外，限制麻醉药品供应的另一个障碍是难以通过进口进行采购。有几个国家表示，因监管要求冗长繁杂（如进口 / 出口许可证获取）导致供应链中出现延迟，药物短缺时有发生。另据发现，麻醉药品的供应还因国家估算不足、报告要求耗时和麻醉药品管理困难而受限。

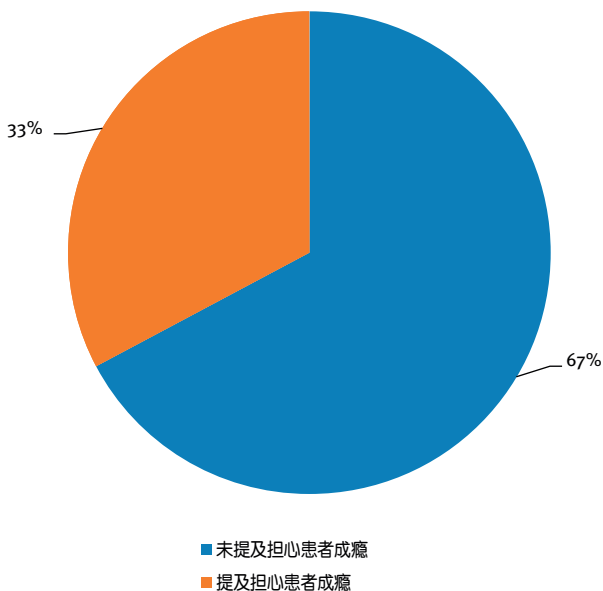
5. 对于疼痛治疗的文化和社会态度

130. 31% 的国家所查明的态度和知识方面的障碍包括医生、患者及其家属以及政策制定者的信仰。患者有时可能会因不愿报告疼痛或接受服用类阿片的想法而拒绝缓解疼痛。有些患者和（或）其家属可能对类阿片的副作用存在担忧，从而会尽量减少剂量。他们也可能担心使用类阿片或止痛药会招致污名。某些患者则可能会因类阿片具有镇静作用而避免服用，因为他们想保持清醒，特别是那些所患疾

病已至晚期且可能担心与家人失去联系纽带的患者。

131. 在业已采取提高卫生专业人员认识措施的 61 个国家中，有很大一部分国家 (67%) 没将担心成瘾列为限制供应的一个障碍 (见图 35)。这可能表明，大力投入以促进卫生专业人员增进对负责的开具麻醉药品做法的了解有助于克服因担心成瘾和其他关于类阿片镇痛剂和疼痛管理的错误观念所造成的障碍。

图 35. 已实施了提高认识措施的国家
和领土关于担心成瘾的报告 (2014 年)



资料来源：国际麻醉品管制局 2014 年调查。

6. 担心转入非法渠道

132. 在 96 个回复国中，有 29 个国家 (30%) 报告称担心转移他用是限制供应的一个障碍。这其中，有 20 个国家 (69%) 的消费水平低于每百万居民每日 200 统计限定日剂量，麻管局认为此消费水平不足。

133. 之所以将担心转移他用列为障碍还因为某些国家业已出现不受监管的麻醉药品平行市场。在报告担心转移他用的国家中，41% 的国家还报告称，遇到了平行市场问题。某国家称，供应有

限是由于对没有处方而利用互联网买卖类阿片镇痛剂颁布了更严格的监管措施。

7. 顾虑遭到起诉或制裁

134. 在 99 个回复国中，有 81 个国家 (82%) 报告称，对记录不当存在惩罚。所报惩罚从处以罚金，到吊销营业执照，再到处以监禁不一而足。“在欧洲获取类阿片药物”项目⁵¹的报告和人权观察站⁵²的报告显示，在立法不明且以污名相加、卫生专业人员法律知识缺乏或惩罚（包括对意外违规行为的惩罚）严厉的情况下，即容易顾虑遭到制裁。调查显示，在把顾虑遭到起诉 / 制裁列为一个障碍的 21 个国家中，几乎所有国家都表示有惩罚，其中四分之三的国家统计限定日剂量水平不足，即低于每百万居民每日 200 统计限定日剂量。

8. 国际贸易管制措施

135. 关于管制药物生产和进出口的管制政策、规则和条例业已到位，并由麻管局监测在国际层面加以监测。对某些国家而言，仅凭其能力和现有资源无法估算出管制药物的需求量，因此，可能需要技术和后勤支助。

136. 一些国家报告称，在发放进口 / 出口许可证方面存在困难，另外，其他国际药物管制措施程序繁冗，因此可能会导致出现延误和短缺。

9. 法规繁冗

137. 在报告称过去 10 年间业已采取立法或监管行动以增加医疗所用麻醉药品供应的 53 个国家

⁵¹在欧洲获取类阿片药物，《提交卫生部的最后报告和建议》，Lukas Radbruch 等人，编辑（德国波恩，Pallia 医学出版社，2014 年 11 月）。

⁵²《全球疼痛治疗现状》，第二章。

中，37个国家(70%)的统计限定日剂量自2007-2009年期间起开始增加。各国报告所采取的这类立法或监管行动如下：促进麻醉药品的处方开具和配发，其中可能包括取消医生的强制性处方簿和延长处方有效期；允许护士和助产士开具和发给麻醉药品；促进患者获得治疗机会；简化记录；以及发放关于麻醉药品使用、副作用、警告和注意事项的宣传单。

138. 在国家层面，一些国家因担心转移他用和成瘾风险，制订了比药物管制条约所载要求更为严苛的监管制度，从而造成了一些不必要的障碍，没有充分考虑到世卫组织和麻管局建议。

139. 限制类阿片处方机制的法规包括：需要患者取得专门许可；限制医生开具类阿片，甚至是为剧烈疼痛的癌症患者开具此类阿片的权限；限定剂量，从而限制了医生根据患者个人需要调整剂量的能力；对处方的有效期限严格设限；限制类阿片的配发，使得患者更难获得此类药物；采用复杂的或很难获取的处方笺或者施行复杂的报告要求，使得官僚主义负担加重；以及，引入异常严苛法律制裁，致使保健提供者和药剂师顾虑重重。

140. 在某些国家，法规禁止医生开具适当药物和足够剂量，这样一来，患者就要频频看诊，因为他们无法获得超过7天或10天的吗啡处方。在作出回复的国家中，只有21%表示，它们允许在特定情况下，无须开具新的处方即可重新抓药。

141. 特别是在低收入国家，仅有必需进行专门注册的少数医生具有开具吗啡及其他强效类阿片药物的能力。而在某些情况下，即便是治疗需要姑息治疗的疾病的专家也没有独立开具处方的权限。

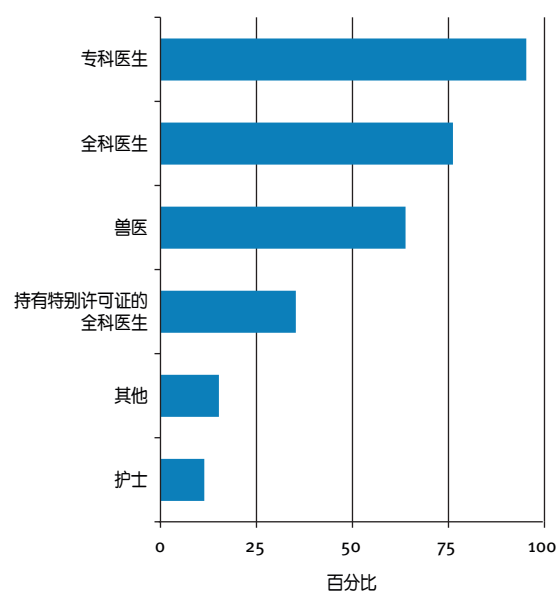
142. 关于监管障碍的另一个实例是医生必须填写的一式三份的特殊处方笺，这些处方笺不仅难以获得，而且在很多情况下需要医生付费领

取。据世卫组织表示，采用特殊多联处方的要求通常会“让所涵盖药物的处方量缩减50%或者更多”。⁵³

143. 在102个回复国中，75%的国家依法要求处方医生记录麻醉药品处方。这可能不利于类阿片镇痛剂的储备，因为成本高，手续费时，且可能顾虑受到起诉和制裁。不过，肯定可以找到一种既能记录又可防止这一基本要求让开具处方者觉得不胜沉重的两全之策。

144. 正如图36所示，护士很少能够获准开麻醉药品。这也可能是限制供应的一个障碍，对那些本国卫生保健系统和基础设施面临挑战的国家而言尤其是如此。

图 36. 开具麻醉药品的人员（2014 年）



资料来源：国际麻醉品管制局2014年调查。

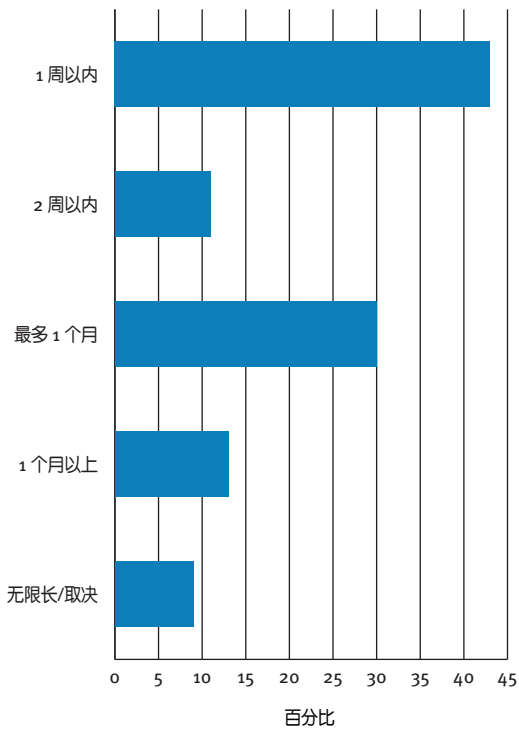
145. 在过去二十年中已经能够大幅提高其消费水平（单位：每百万居民每日统计限定日剂量）的部分国家报告称，它们还允许助产士开麻醉药品。分娩过程中的痛苦问题虽无处不在，却在讨论中大受忽视，这就需要采取措施，以保证其得到适当管理，包括使用麻醉药品。

⁵³世界卫生组织，《癌症疼痛减缓：附类阿片药物供应指南》，第二版（1996年），第二部分。

146. 各国之间处方有效期千差万别（见图 37）。43% 的国家报告称，其处方有效期最长七天。报告国家数量次之（30% 的国家）的另一有效期介乎 2 个星期和 1 个月之间。

147. 集中制会进一步限制适当分配，因为类阿片往往只在主要城市供应，不送货到农村地区。有时，医生只有前往主要城市才能获得药物，甚至是处方笺；患者可能也需要受此奔波之苦。在一些国家，类阿片药物可能需要一个多月才能从城市中心运抵都城以外地区和农村地区。

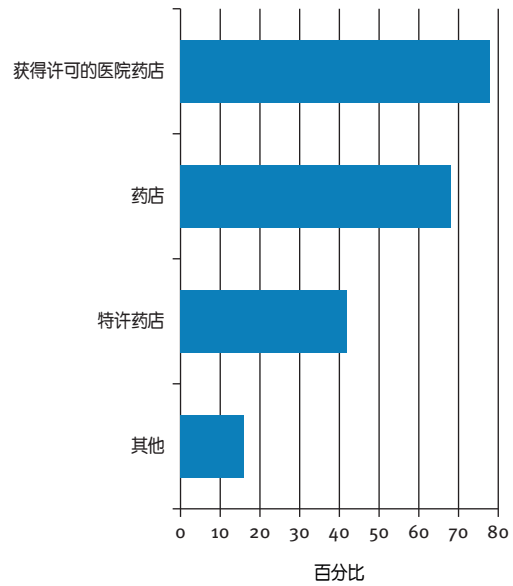
图 37. 含麻醉药品的医药处方的最长有效期（2014 年）



资料来源：国际麻醉品管制局 2014 年调查。

148. 各会员国报告称，麻醉药品大多是在特许医院药房中配发（75%）。略超过半数的回复国（54%）报告称，麻醉药品可以在正规药店中配发（见图 38）。

图 38. 可按照处方配发麻醉药品的设施（2014 年）



资料来源：国际麻醉品管制局 2014 年调查。

149. 限定获准配发管制药物的药店数量也可能会削弱供应。此外，药店的行政负担也是一个因素。在一些国家，药剂师必须收集一套标准信息：患者姓名、地址和出生日期；所配发的药物及其日期、数量和剂量、供应天数和重新抓药次数；以及患者的保健提供者。药店还必须将这类信息在某中央数据库中保存数年时间。这就需要耗费人力资源、时间和获取进行监测和数据收集的特定技术。在 103 个回复国中，101 个国家（98%）报告称，本国定有配发代理须备存记录的法律要求。

150. 在很多国家，只有 1 个机构或者几个药店获准储备类阿片药物。为此，它们必须经过一道漫长的程序，以获得药品监管机构的许可。即使在急诊医院，吗啡可能也不在急救所用药物清单之列。此外，一些位于不安全地段的药店因担心被抢劫而不敢出售类阿片药物。

10. 其他障碍

151. 少数国家（7 个）所查明的其他障碍有某些类阿片制剂缺乏所致的供应不足、对特定药物的需求意外增加或者麻醉药品产业和进口商的业

务决策。此外，回复国还提到患者缺乏认识、估算和报告不足以及非法市场的存在。

11. 麻管局采取的行动

152. 调查中，各国还可以指明麻管局所采取的行动亦构成障碍，但只有4个国家有此表示。

153. 此外，调查还邀请各国就麻管局可以采取哪些措施来改进医疗和科研所用麻醉药品供应情况建言献策，大多数国家所提到的是就以下若干问题为主管部门和利益攸关方提供培训和资料：麻醉药品的惠益、合理处方和使用；麻醉药品的管理、分发和管制；估计数和评估；以及旨在消除麻醉药品开具或配发所涉恐惧的提高认识方案。

154. 其他国家指出，有必要通过麻管局快速灵活地审批需求量估计数和补充估计数以及引入进出口许可证在线软件来推进麻醉药品的采购。此外，回复国还请麻管局发挥更加积极的作用，敦促制造商及时交付必要的药物，要求各国政府提供必要的人力和财政资源，并推动供应数量有限的药物，以供测试和拟定参考标准之用。少数几个国家提到，有必要就供应情况开展更多研究、编制关于扩大获取机会的建议书和设立一个麻醉药品质量把控实验室。

155. 作出回复的国家对估计数和补充估计数提交程序的认识水平普遍较高(97%)，也了解麻管局培训材料(82%)以及麻管局/世卫组织关于估计数编制的联合准则(87%)。

第三章.

精神药物

156. 目前，依照《1971年公约》受到国际管制的精神药物⁵⁴共计125种。其中大多数为兴奋剂、镇静剂、止痛剂和抗抑郁药等作用于人体中枢神经系统的药物制剂所含成分。

157. 精神药物依照其治疗效用、形成依赖的可能性、滥用责任和公共卫生风险分为四个附表。《1971年公约》为每个附表规定了不同的管制制度。适用于四个附表所列物质的管制措施的适用范围因其危险或风险不同而异。

158. 五种当前受国际管制的精神药物⁵⁵载列于世卫组织的《基本药品示范清单》。⁵⁶该清单包括一份核心清单和一份补充清单。

159. 世界卫生组织将核心示范清单界定为基本卫生保健系统所必需的最起码的药物清单。该清单中列入了对治疗重点疾病最有效、安全和符合成本疗效的药物，而重点疾病的选择系根据目前的和估计今后出现的公共卫生相关性

⁵⁴在麻醉药品委员会2015年3月第五十八届会议上，九种药物被置于国际管制之下（《1971年公约》附表一和附表二）。

⁵⁵丁丙诺啡、地西洋、劳拉西洋、咪达唑仑和苯巴比妥。

⁵⁶世界卫生组织，第19份《基本药品示范清单》（2015年4月，2015年6月修正）。见载于www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines。

及进行安全和高效治疗的潜能确定。地西洋、劳拉西洋、咪达唑仑和苯巴比妥均列入了核心清单。另外，补充清单所列出的是治疗需要配备专科诊断或监测设施和（或）开展专家培训的重点疾病的基本药物。丁丙诺啡被列入补充清单。

160. 《1971年公约》要求各国政府建立的管制框架旨在保护公众健康和福祉。国际社会在制定该《公约》时确认，滥用精神药物对个人健康构成严重危害，并威胁着人类正常生活的社会和经济结构。只有通过协调一致的国际措施，才能排除吸毒上瘾和非法贩运的危险。各国和各区域之间精神药物消费水平的差距依然清晰可见。供应不足和获得必要医疗的机会匮乏，以及精神药物的过度供应和不符合医学常规的使用都对这类药物管制和使用构成挑战。

A. 受《1971年公约》管制的精神药物的供应

161. 世界卫生组织对合理用药的定义强调，患者需要“获得适合其临床需要、剂量符合自身需要、期限适当且对其本人和社区而言费用最低廉的药物”。根据这一定义，不合理用药可能是指

获取不到基本药物或易获取且供应无缺的药物使用不当。世界各地保健服务的交付在很大程度上取决于各国卫生保健系统的稳健性和适当资源的可用情况。据世卫组织表示，全球 14% 的疾病负担可追溯至精神、神经和药物使用障碍，而近四分之三的疾病负担发生在中低收入国家。在这些国家，大约五分之四的人需要服务却不可得，且可用资源不足。

162. 与此同时，国际管制精神药物存在供过于求和过度供应的风险，加之监管控制措施不力和（或）不充分，可能会导致误用和滥用。管制药物供应不受监管和不当或非医疗用途的使用所造成的精神药物过度供应问题与供应不足问题一样，令麻管局大为关切。

163. 特别是特定公司和整个医药行业极富针对性的营销策略和大力开展的广告活动，以及更具竞争力的产品（非专利药）的上市，均可能加剧精神药物过度供给和供应。这主要发生在发达国家，但在发展中国家亦可见。过量供应往往会导致过度消费，过度消费导致药物依赖和非法贩运。

164. 明确医疗需求和调整药品供应以满足这些需求所需的资源和专门知识不足危及供应与消费之间的平衡。此外，经验表明，许多发达国家的药品实际供应量往往超出其需求量。在这些国家中，影响消费的社会、文化和态度因素使其对实际医疗需求的感知和计量发生扭曲。

1. 止痛剂的供应情况

165. 丁丙诺啡、利非他明和喷他佐辛是《1971 年公约》规定管制的止痛剂。丁丙诺啡——《1971 年公约》附表三中所列的一种类阿片镇痛剂——的全球制造量于 1990 年代后期逐渐增加，因为该药物开始以较大剂量用于疼痛和类阿片药物成瘾治疗。2013 年，其全球制造量创下历史新高，

九个国家的报告制造量近达 9 吨（11 亿统计限定日剂量）。其国际贸易额也有所增加，2013 年，60 多个国家报告已进口该药物。

166. 喷他佐辛的制造量和贸易量相对要少一些。过去十年间，该药物的全球制造量波动不定，最高每年 8 吨，最低每年 1 吨。其制造量和贸易量并未任何稳定增长的迹象可循。

167. 利非他明既是一种兴奋剂，也是一种止痛剂，其药效与可待因相似。1990 年代，研究发现，利非他明对美沙酮患者的解毒疗效不如丁丙诺啡。因此，利非他明的制造和消费于 1990 年代停止。

2. 兴奋剂的供应情况

168. 与其他一些精神药物不同，《1971 年公约》规定管制的中枢神经系统兴奋剂无一被世卫组织认定为基本卫生保健系统所必需的最起码的药物；因此，该类药物统统未予列入世卫组织《基本药品示范清单》。这在很大程度上可以解释这些药物为何在低收入国家和发展中国家的市场上呈准缺乏状态。

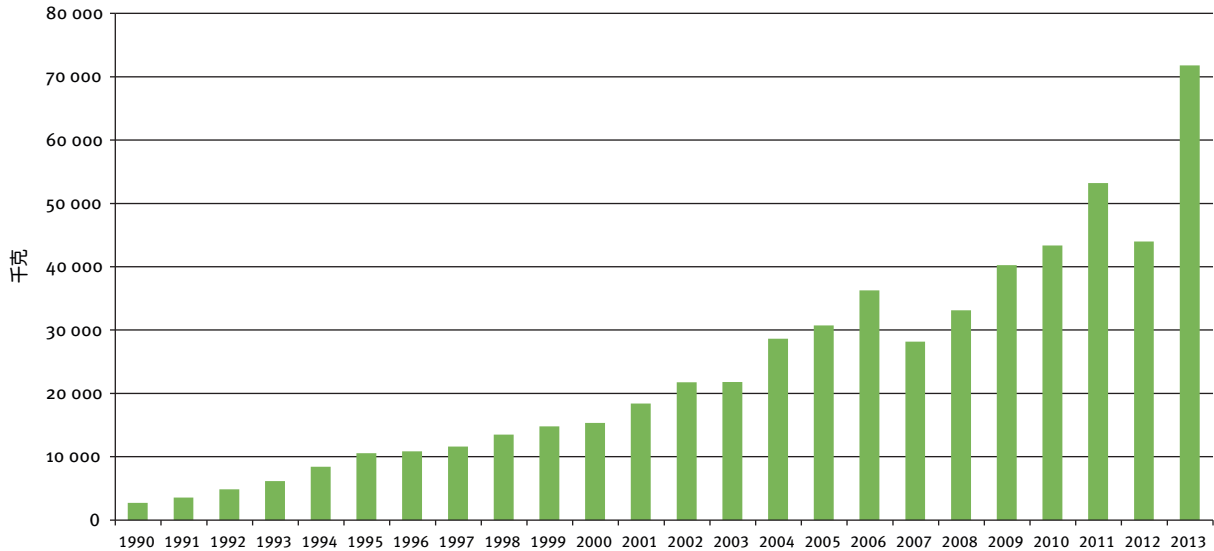
169. 只有苯丙胺和哌醋甲酯在附表二所列大批量制造和交易的两种兴奋剂。特别是，它们在美国和一些欧洲国家的制造量极大。这些物质大多用于注意力缺失多动症（多动症）的治疗，而且苯丙胺还可用于工业流程。在过去的 20 年中，该组三种主要药物即苯丙胺、哌醋甲酯和右苯丙胺的制造量呈持续显著增长之势。

170. 美国一直在该组药物的制造方面遥遥领先，而法国、匈牙利、德国和联合王国等一些欧洲国家所进行的制造则旨在满足日益增长的国内需求。2013 年，苯丙胺的制造量高达 47 吨，其中三个国家（美国、加拿大和澳大利亚）的进口量就占到了全球进口总量的 88%。

171. 在过去 20 年中，哌醋甲酯的全球制造量逐步增加，如图 39 所示。2013 年，该药物的全球产出总量近 72 吨，创下历史新高。在过去十年中，哌醋甲酯进口国的数量保持稳定，约 100

个国家所报告的进口量从几克到几吨不等。2013 年，欧洲和美洲 7 个国家⁵⁷的进口量在全球进口总量中所占的比重高达 70%。

图 39. 1990-2013 年期间哌甲酯的全球制造量



资料来源：国际麻醉品管制局。

172. 过去十年间，附表四所列兴奋剂——主要作为食欲抑制剂用于治疗肥胖症——的全球产出量一直保持稳定，年均产出量为 90 吨。同一时期内，其进口总量平均每年达到 21 吨。2013 年，三个区域（美洲、欧洲和大洋洲）内五个国家的进口量占到全球进口总量的 80% 以上。

3. 苯二氮卓的供应

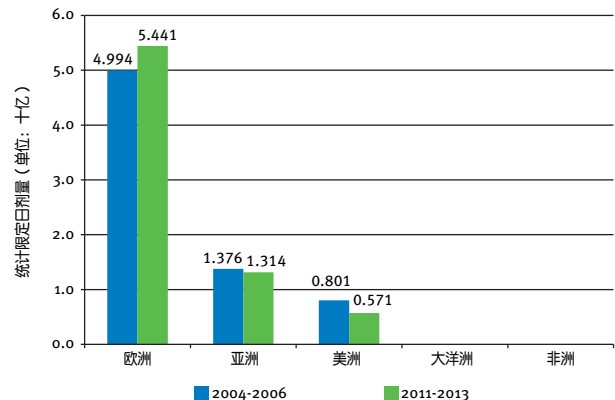
173. 目前受国际管制的 35 种苯二氮卓被分类为抗焦虑药和镇静安眠药，用于短期失眠管理以及治疗前用药和导入全身麻醉的医疗实践。

(a) 苯二氮卓类镇静安眠药的供应

174. 在过去 10 年间，制造苯二氮卓类镇静安眠药的国家据报有 11 至 16 个，主要位于欧洲（德国、意大利和瑞士加起来共占 2013 年全球库存的三分之二），而亚洲（中国、印度和日本）和美洲（巴西、加拿大和美国）国家加起来则供应

了四分之一的全球产量。图 40 表明在过去 10 年间，由欧洲供应的这组药物的比例有所上升，同时由亚洲和美洲供应的比例有所下降。非洲和大洋洲的国家在此期间未供应苯二氮卓类镇静安眠药（2012 年新西兰制造了 6 千克硝西洋除外）。

图 40. 2004-2006 年和 2011-2013 年按区域分列的苯二氮卓类镇静安眠药报告总产量

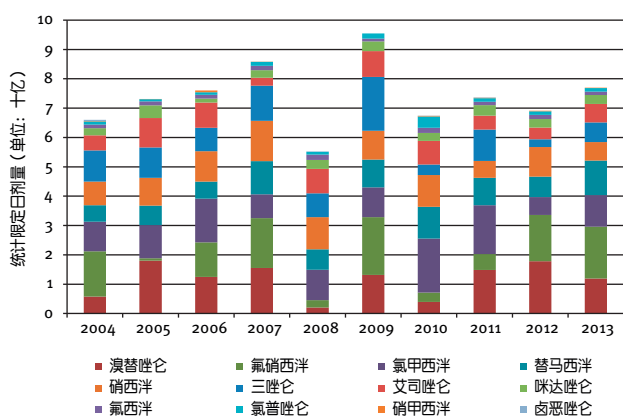


资料来源：国际麻醉品管制局。

⁵⁷ 瑞士、德国、西班牙、加拿大、巴西、荷兰和联合王国（按进口量递减顺序排列）。

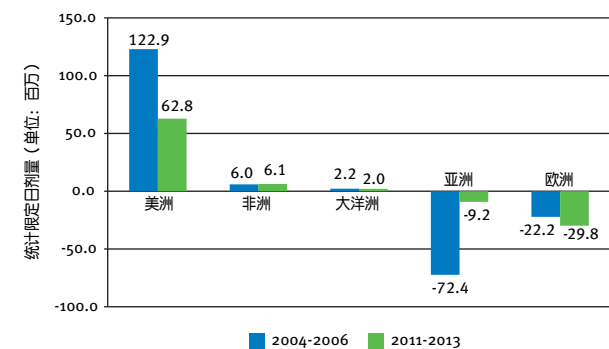
175. 在过去 10 年间，全球的苯二氮卓类镇静安眠药报告产量一直在年均 74 亿统计限定日剂量左右浮动（见图 41）。在这组的 12 种药物（溴替唑仑、艾司唑仑、氟硝西洋、氟西洋、卤沙唑仑、氯普唑仑、氯甲西洋、咪达唑仑、硝甲西洋、硝西洋、替马西洋和三唑仑）中，只有咪达唑仑被列入《世卫组织基本药品示范清单》中。虽然咪达唑仑在 2013 年只占这组药物总供应量的 4%（见图 42），但它是地理上交易最广泛和最普及的药物，134 个国家都报告进口了这种药物。如图 43 所示，欧洲和亚洲一直是咪达唑仑的纯粹供应地。

图 41. 2004-2013 年按药物分列的苯二氮卓类镇静安眠药报告总产量



资料来源：国际麻醉品管制局。

图 43. 2004-2006 年和 2011-2013 年按区域分列的咪达唑仑年均净进口量



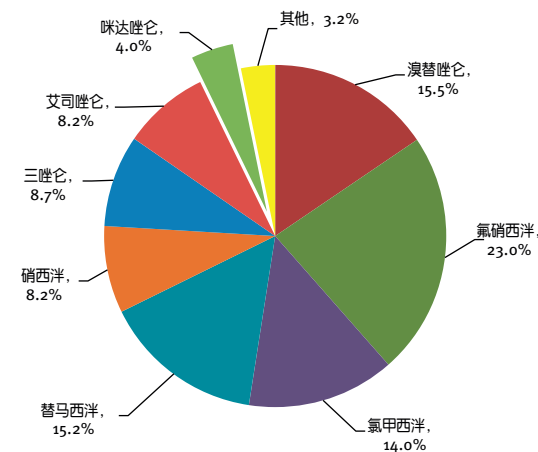
资料来源：国际麻醉品管制局。

(b) 苯二氮卓类抗焦虑药的供应

176. 在过去 10 年间，制造苯二氮卓类抗焦虑药的国家据报有 16 至 20 个。与苯二氮卓类镇静安眠药相似，这组药物由欧洲、亚洲和美洲国家供应（见图 44），其中意大利是主要供应国，2013 年占全球产量的 44%。

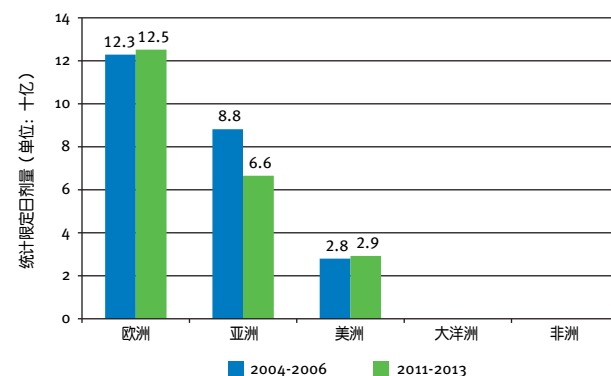
177. 在过去 10 年间，全球的苯二氮卓类抗焦虑药报告产量一直在年均 183 亿至 299 亿统计限定日剂量之间浮动，年均 220 亿（见图 45）。有 22 种苯二氮卓一般被分类为抗焦虑药；其中两

图 42. 2013 年按药物分列的苯二氮卓类镇静安眠药报告总产量比例



资料来源：国际麻醉品管制局。

图 44. 2004-2006 年和 2011-2013 年按区域分列的苯二氮卓类抗焦虑药报告总产量



资料来源：国际麻醉品管制局。

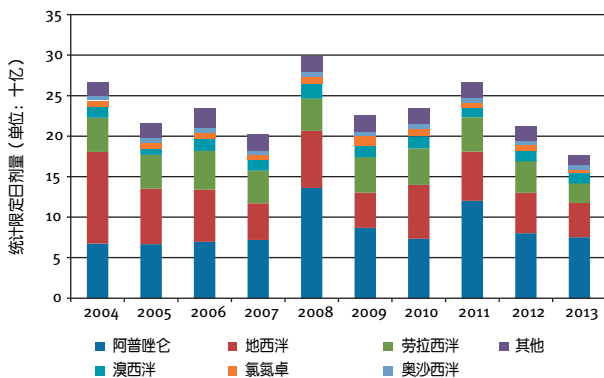
种，即地西洋和劳拉西洋，被列入《世卫组织基本药品示范清单》中。在2004-2013年期间，地西洋和劳拉西洋分别占这组药物的全球供应量的26%和18%。图46显示了2013年报告总产量的比例。地西洋、阿普唑仑和劳拉西洋是这组药物中最普及的，分别有137、118和102个国家报告进口这些药物。图47和48显示了地西洋和劳拉西洋的净进口（进口减出口）趋势。欧洲和亚洲的国家是这两种药物的主要供应者。过去十年间主要的变化包括非洲国家的地西洋净进口量显

著增加，以及美洲国家的劳拉西洋净进口量有所增加。

4. 抗癫痫药的供应

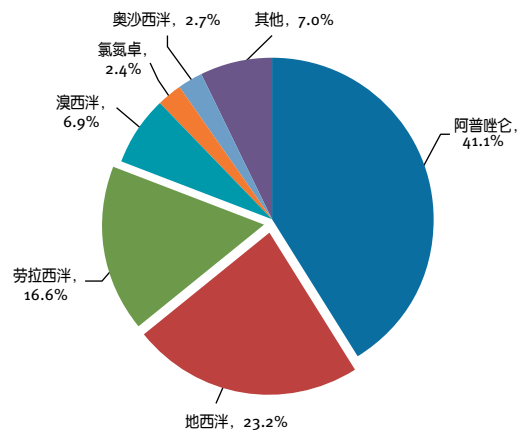
178. 在过去10年间，巴比妥类抗癫痫药（苯巴比妥和甲苯巴比妥）和苯二氮卓类抗癫痫药（氯硝西洋）已列入附表四。苯巴比妥被列入《世卫组织基本药品示范清单》中。

图 45. 2004-2013 年按药物分列的苯二氮卓类抗焦虑药报告总产量



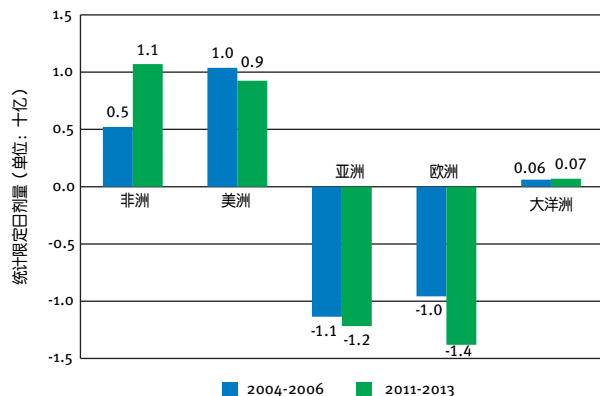
资料来源: 国际麻醉品管制局。

图 46. 2013 年按药物分列的苯二氮卓类抗焦虑药报告总产量比例



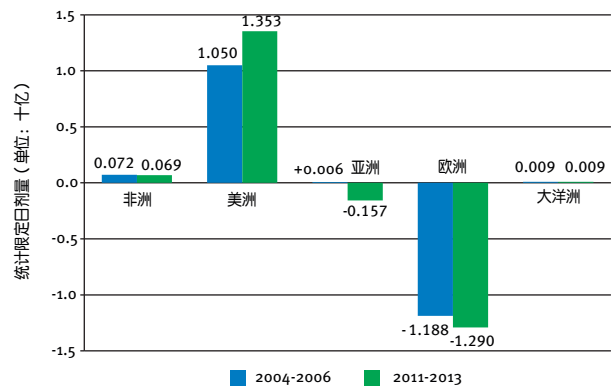
资料来源: 国际麻醉品管制局。

图 47. 2004-2006 年和 2011-2013 年按区域分列的地西洋年均净进口量



资料来源: 国际麻醉品管制局。

图 48. 2004-2006 年和 2011-2013 年按区域分列的劳拉西洋年均净进口量



资料来源: 国际麻醉品管制局。

179. 苯巴比妥 2004-2012 年间的全球产量在 71 亿统计限定日剂量到 97 亿统计限定日剂量之间浮动，2013 年跌至 30 亿统计限定日剂量的新低。下跌的原因主要是作为世界领先的苯巴比妥制造者中国大幅减少了产量。此外，2013 年也缺乏匈牙利和印度（另外两个主要制造国）的产量和生产数据，为全球的报告供应量进一步带来下行压力。作为最广泛交易的精神药物之一，苯巴比妥年均在 140 个国家进行交易。2013 年，中国、匈牙利、印度和瑞士（按降序排列）共占总出口量的 89%，超过 120 个国家报告进口。主要进口国包括俄罗斯联邦、乌克兰和美国。

180. 与苯巴比妥相比，甲苯巴比妥的制造量仍然相当有限。在 2004-2012 年期间，甲苯巴比妥的全球产量在 20 万统计限定日剂量到 4.38 亿统计限定日剂量之间大幅波动，主要原因是印度、瑞士和美国的报告产量出现显著变化。2013 年，此药物没有报告制造量，国际贸易总量保持稳定（2,820 万统计限定日剂量）。

181. 氯硝西洋是一种主要用作抗癫痫药的苯二氮卓，其制造和交易在过去 10 年间出现了类似的上升趋势。氯硝西洋的全球报告制造量从 2004 年的 13 亿统计限定日剂量逐渐增加到 2012 年的新高 34 亿统计限定日剂量，但在 2013 年减少到 22 亿统计限定日剂量。减少的主要原因是一直作为此药物主要制造国的印度在 2013 年未报告制造数据。虽然瑞士在直至 2010 年的 20 年间是世界领先的氯硝西洋制造国，但在 2011 年和 2012 年被意大利超越。在 2013 年，巴西成为此药物的最大制造国，其次是意大利和瑞士。2013 年，大约 120 个国家报告进口氯硝西洋。

B. 精神药物的供应

182. 根据精神药物的推算消费量作出结论时应当小心谨慎，因为各国政府报告的制造量、

工业应用量、库存和贸易额数据可能不完整，或可能没有涵盖所有物质。但高消费量则可表明处方过度和（或）转入非法渠道。《1971 年公约》规定的管制制度在很大程度上是基于为依照《1961 年公约》规定管制麻醉药品而设计的制度。《1971 年公约》中规定的管制措施和义务是各国政府必须执行和坚持的最低管制要求。

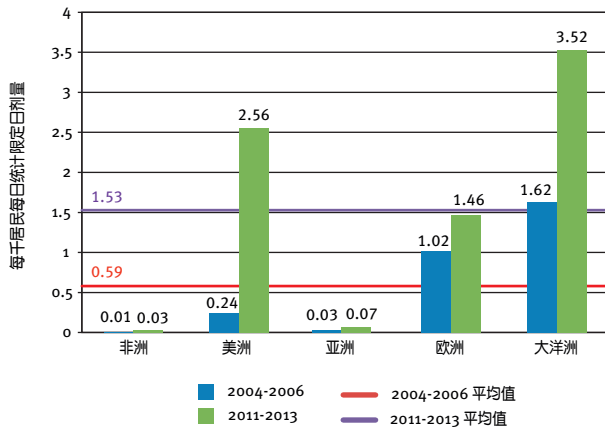
183. 本报告通过使用单一药物和药物组别的推算消费量，估算出精神药物的供应情况。《1971 年公约》没有预见向麻管局报告精神药物消费量的情况。因此，根据各国政府报告的制造量、工业应用量、库存和国际贸易额统计数据，麻管局每年都会推算消费率，以每千居民每日统计限定日剂量为单位计量。本报告使用了三年平均值，以顾及偶尔未提交年度统计数据的情况，而且也考虑到有些政府在库存足以应付若干年的国内需求时存在间歇性制造和进口精神药物的情况。

184. 此外，精神药物的推算用量有所增加可能是与出口制造量增加有关，加上可能未报告出口情况和（或）未报告制造商库存和（或）批发商保存的、数量有所增加的库存情况。

185. 根据麻醉药品委员会关于促进医疗和科研目的所用国际管制麻醉药品和精神药物的充分供应并同时防止其转移他用和滥用的第 53/4 和 54/6 号决议，强烈鼓励会员国以对待麻醉药品的相同方式，自愿向麻管局提供精神药物的消费情况数据。只有有了这些数据，麻管局才会更好地分析精神药物的消费趋势，最终促进医疗和科研目的所用精神药物的充分供应，同时防止其转移他用和滥用。

186. 自从通过上述决议以来，越来越多的政府已开始向麻管局提交精神药物的消费数据。但提供所要求资料的政府总数仍然较少，未能用于替代麻管局的推算消费数据。

图 49. 2004-2006 年和 2011-2013 年按区域分列的类阿片镇痛剂平均消费量



资料来源：国际麻醉品管制局。

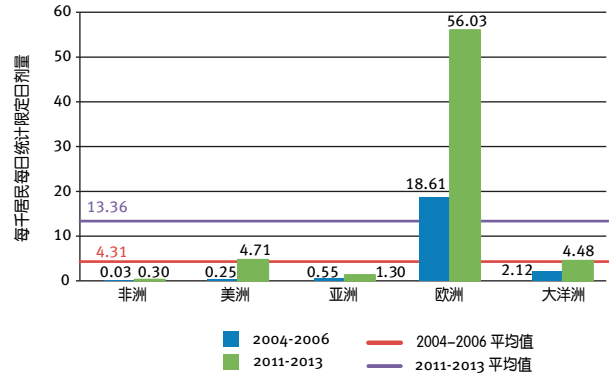
1. 《1971 年公约》规定管制的类阿片的供应

187. 使用《1971 年公约》规定管制的一种或多种止痛剂（丁丙诺啡、利非他明⁵⁸和喷他佐辛）的国家和领土数量自 2004 年以来一直保持 100 个左右。相比之下，在 2004 至 2013 年间，这些类阿片的消费量在全球所有区域都有所增加（见图 49）。在 2004-2006 年期间，欧洲和大洋洲的消费水平最高（大洋洲的消费水平高是因为澳大利亚制造量和推算消费量较高）。2011-2013 年期间，在欧洲的消费量持续显著增长的同时，美洲的消费量增加了超过十倍，非洲的消费量也从较低水平增加了几乎六倍。

188. 地图 5 和 6 显示了 2004-2006 年和 2011-2013 年期间《1971 年公约》规定管制的类阿片的各国人均消费水平。可以看出，大部分国家和领土每千居民每日的消费水平仍然在 0.1 统计限定日剂量以下。但在过去 10 年间，最高消费水平，即超过每千居民每日 1 统计限定日剂量，一直显著提高。尽管在 2004-2006 年期间，只有四个国家的每千居民每日消费水平超过 1 统计限定日剂量，但在 2011-2013 年期间，有 16 个国家已达到这一水平。

⁵⁸ 自 1990 年代以来，已不再制造和消费利非他明（见第 167 段）。

图 50. 2004-2006 年和 2011-2013 年按区域分列的各国丁丙诺啡平均消费量



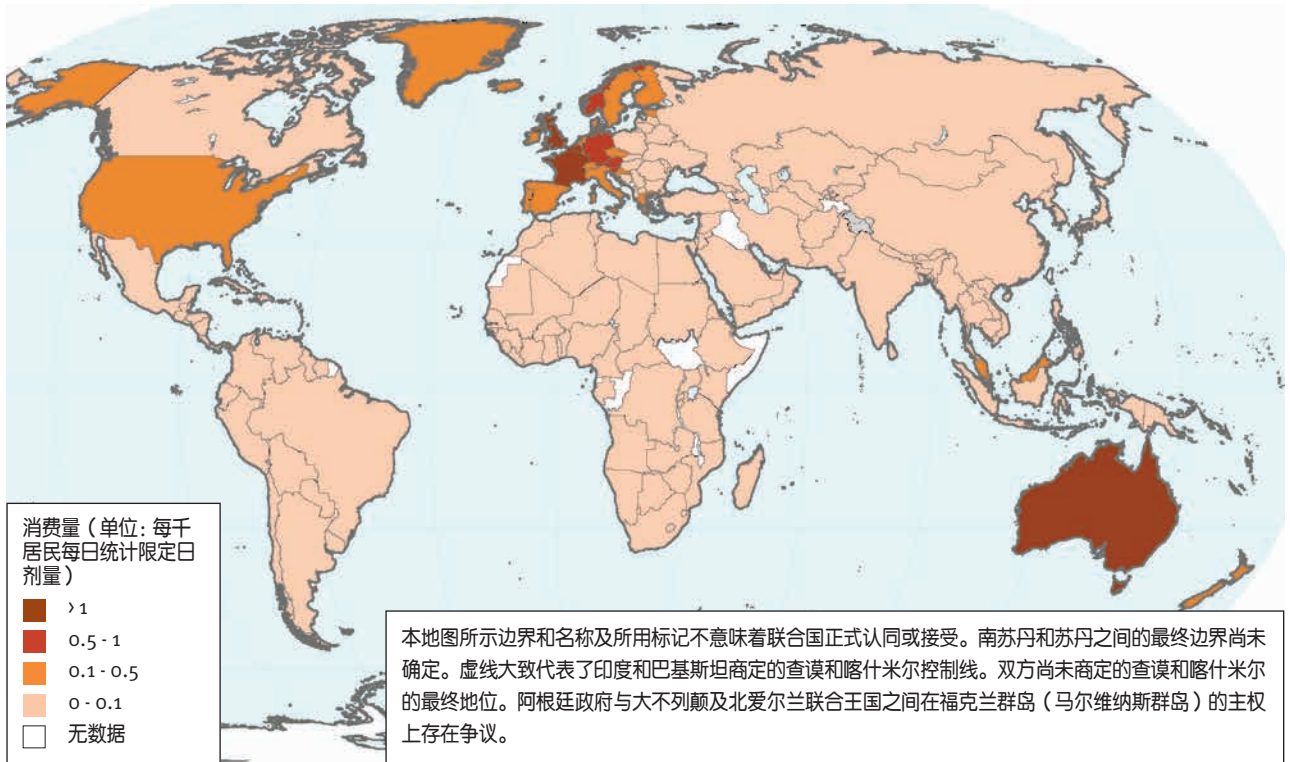
资料来源：国际麻醉品管制局。

189. 在 2009-2013 年期间，被列入《世界卫生组织基本药品示范清单》（《补充清单》）的丁丙诺啡的消费量平均占了《1971 年公约》规定管制的类阿片镇痛剂的全球消费量的 97%。其余的消费量则为与吗啡具有类似性质和用途的喷他佐辛。

190. 自从 2000 年以来，丁丙诺啡的全球推算消费量从低于 1 吨（1 亿统计限定日剂量）稳步增长至 2013 年的新高，即接近 10 吨（12 亿统计限定日剂量）。在 1990 年代，丁丙诺啡只在全球不超过 20 个国家中得到使用，而在 2011-2013 年期间，丁丙诺啡已经在位于各个区域的超过 90 个国家和领土得到使用，占有所有国家和领土的 40%。丁丙诺啡消费量增加的主要原因是用于治疗疼痛、用于解毒和替代治疗类阿片依赖问题的剂型有所提高。在 2011-2013 年期间，丁丙诺啡消费水平最高的国家是冰岛、比利时、瑞士、英国和美国，按降序排列（见图 50 和地图 7 和 8）。

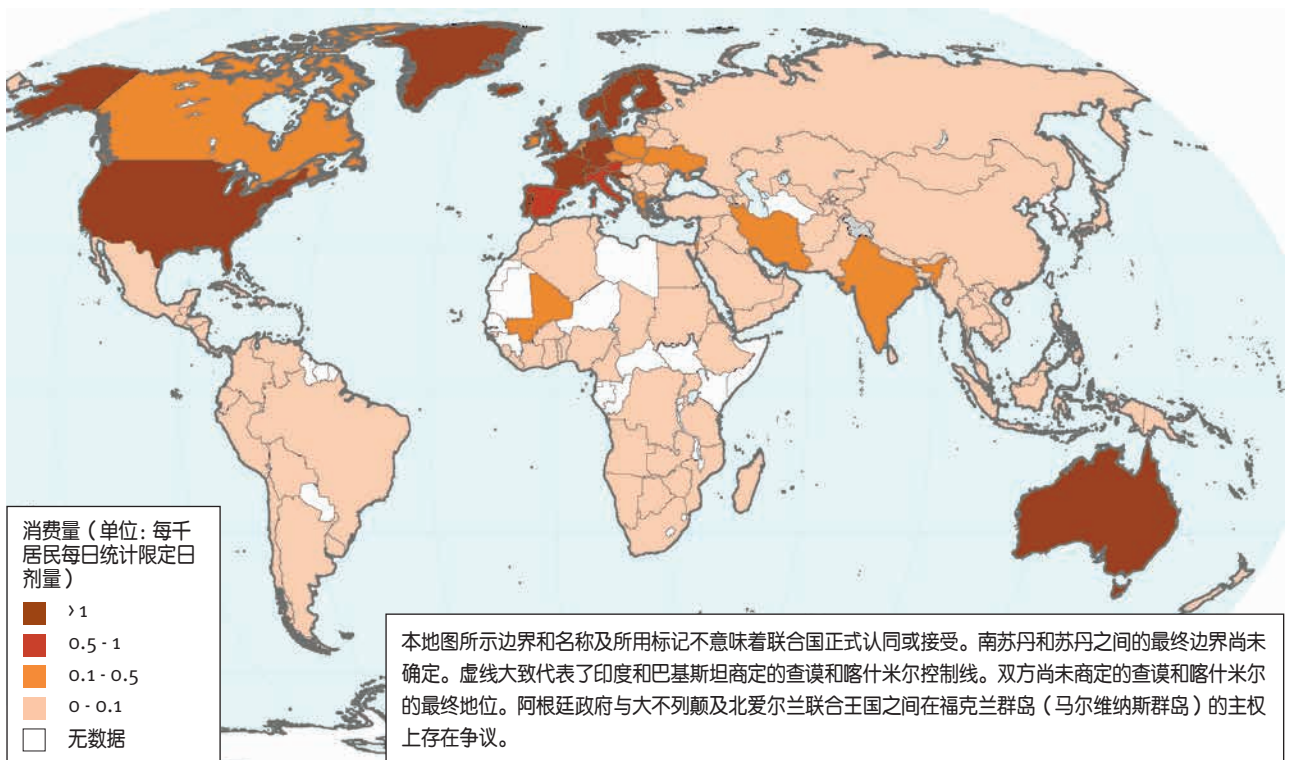
191. 在过去 10 年间，喷他佐辛的全球消费量平均为每年 5 吨。此药物大约在 50 个国家和领土得到使用。与丁丙诺啡相比，其使用尚未扩展到其他国家。自从 2004 年以来，使用喷他佐辛的 50 个国家不变，其中印度、尼日利亚、巴基斯坦和美国占了 2011-2013 年间全球总量的 87%。

地图 5. 2004-2006 年类阿片镇痛剂的各国平均消费量



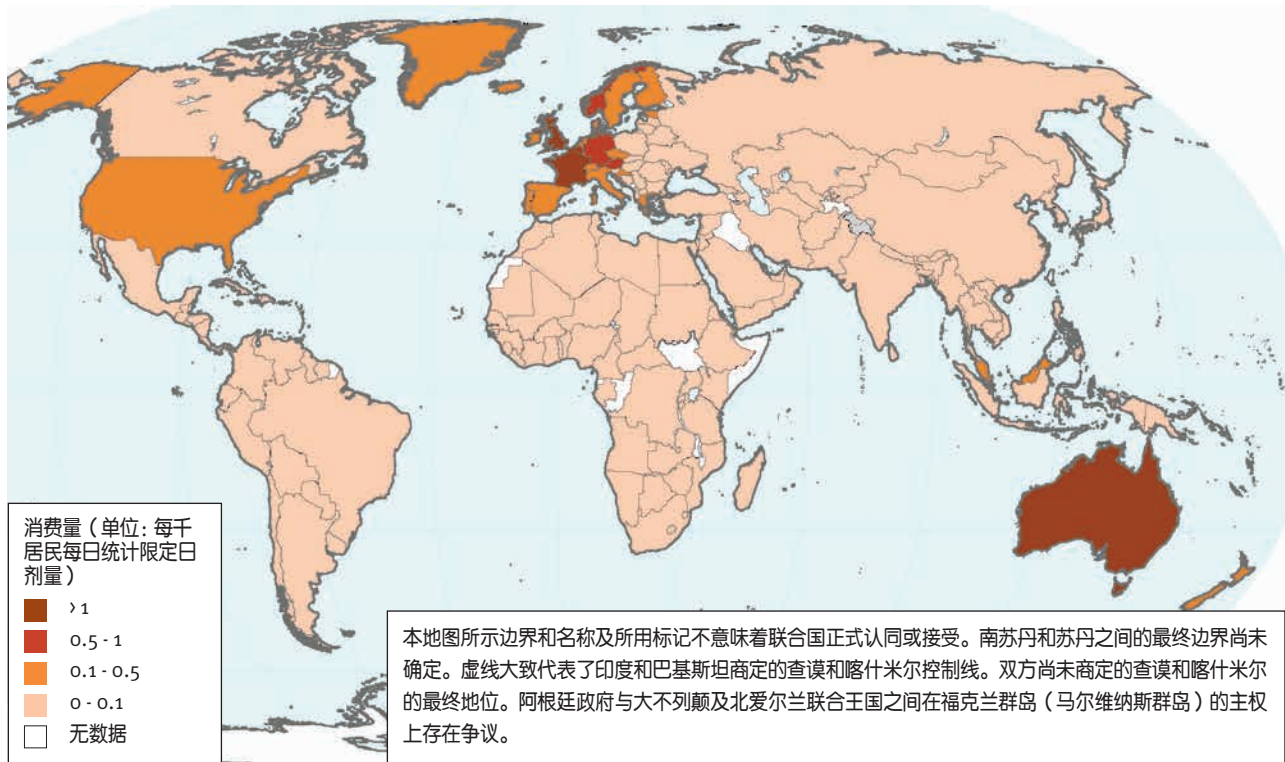
资料来源: 国际麻醉品管制局。

地图 6. 2011-2013 年类阿片镇痛剂的各国平均消费量



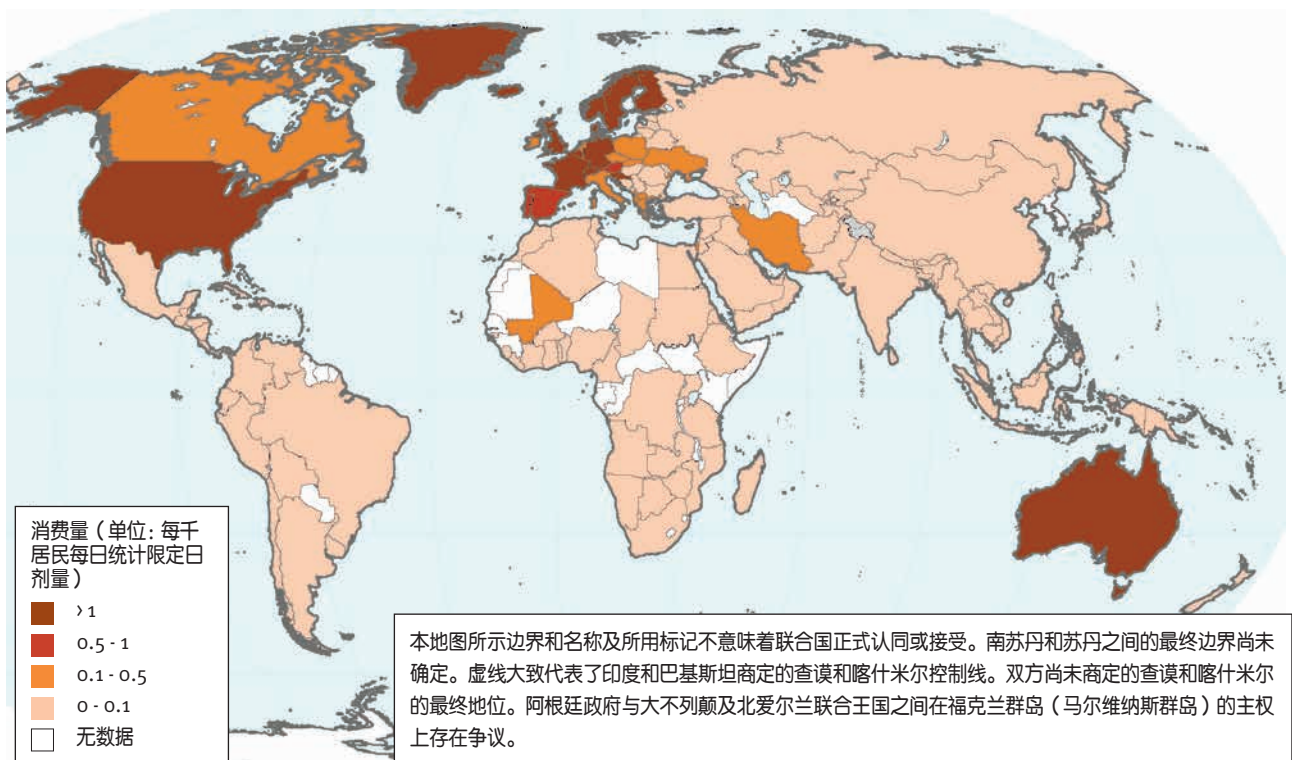
资料来源: 国际麻醉品管制局。

地图 7. 2004-2006 年丁丙诺啡的各国平均消费量



资料来源: 国际麻醉品管制局。

地图 8. 2011-2013 年丁丙诺啡的各国平均消费量



资料来源: 国际麻醉品管制局。

2. 中枢神经系统兴奋剂的供应

192. 上文第 168 段已述及，尚无《1971 年公约》规定管制的中枢神经系统兴奋剂被列入《世卫组织基本药品示范清单》。这很大程度可以说明为什么这些药物在低收入和发展中国家基本不存在。

193. 自从 1990 年代初以来，苯丙胺的最高人均推算消费量传统上都出现在美洲。美国是这些药物的主要消费国，主要用于治疗多动症和发作性睡病。这些高消费水平在稳步增长，到了 2000 年代末已比 1990 年代高 7 倍。

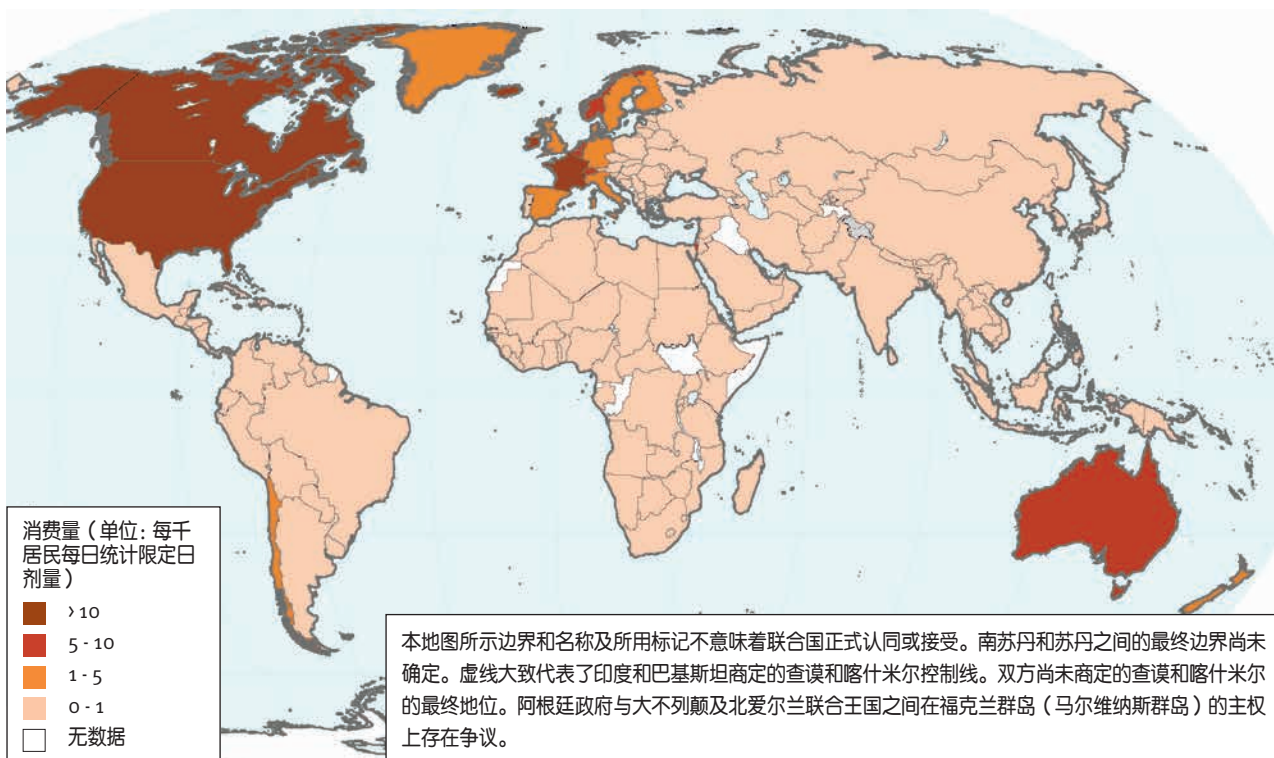
194. 这组药物在亚洲极少被使用⁵⁹，在非洲几乎不存在。大洋洲的消费比率从 1988-1990 年间的

平均每千居民每日 0.03 统计限定日剂量增加到 2011-2013 年间的 1.31 统计限定日剂量，主要原因是澳大利亚的右苯丙胺使用量稳步上升。

195. 欧洲的消费水平一直很不规律。过去 10 年间，主要消费国包括德国、匈牙利和瑞士。匈牙利在 2002 年前曾是这些药物的消费大国，但 2002 年的消费水平大幅下降。

196. 2004-2006 年期间表二所列兴奋剂的主要使用国在 2011-2013 年期间仍然保持最高消费水平。一些国家出现明显增长（主要在欧洲和美洲），而大部分国家和领土继续保持低于每千居民每日 1 统计限定日剂量的消费水平（见地图 9 和 10）。

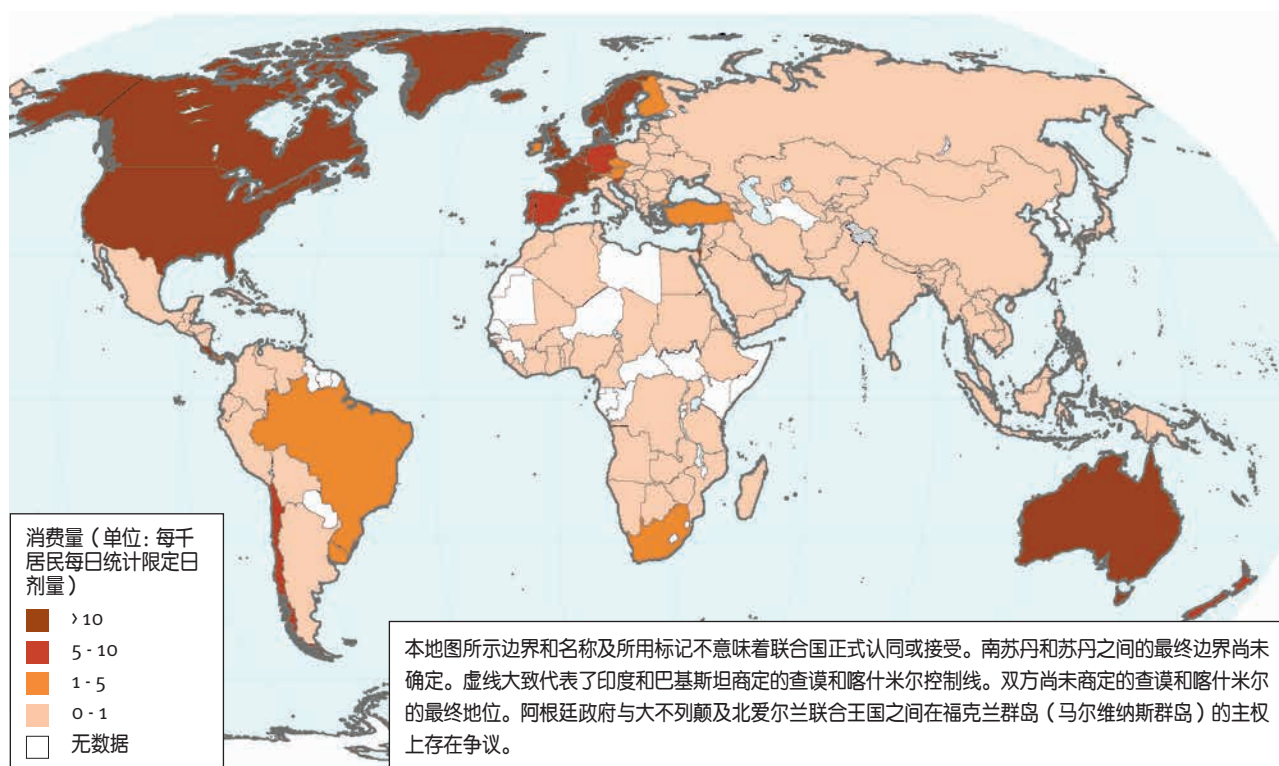
地图 9. 2004-2006 年附表二所列兴奋剂的各国平均消费量



资料来源：国际麻醉品管制局。

⁵⁹ 日本是亚太区域使用此药物比例较为显著的唯一国家。

地图 10. 2011-2013 年附表二所列兴奋剂的各国平均消费量

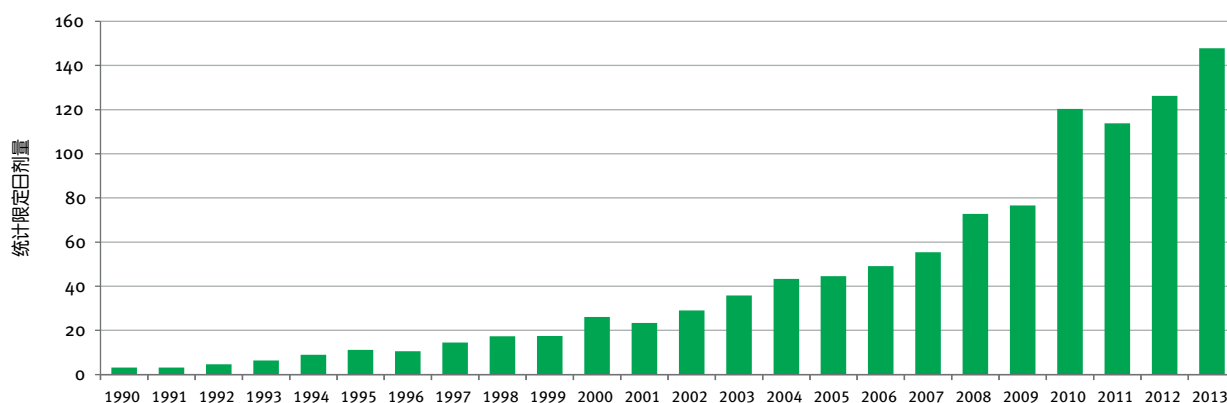


资料来源: 国际麻醉品管制局。

197. 哌醋甲酯用于治疗多种精神和行为障碍, 尤其用于多动症 (患者主要为儿童) 以及一种被称为发作性睡眠病的睡眠障碍。哌醋甲酯的应用在 1990 年代初开始显著增加 (见图 51)。例如,

1994 年的全球使用量比 1980 年代初的消费水平高五倍以上。导致这一发展的主要原因是美国的消费量增加, 但全球多个其他国家和地区的消费水平也有所增加。

图 51. 1990-2013 年每千居民每日全球哌醋甲酯消费量



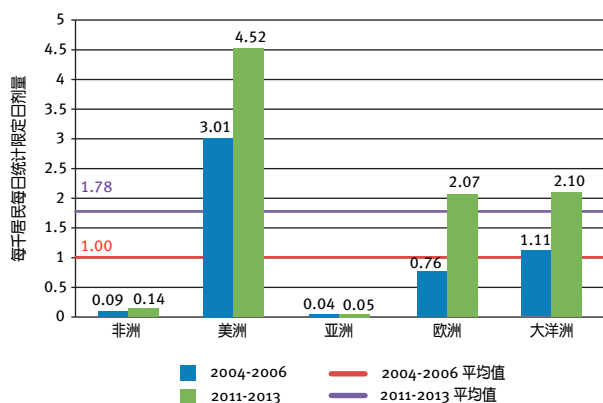
资料来源: 国际麻醉品管制局。

198. 尽管美国的哌醋甲酯消费量仍占全球推算消费量的 80% 以上, 但在许多国家, 尤其在大洋洲和欧洲的国家中, 此药物在治疗多动症方面的应用也大幅增长, (见图 52)。但与美国相比, 其中大部分国家的处方水平仍然较低。哌醋甲酯

的全球消费量仍然有增无减。2013 年达到了 24 亿统计限定日剂量的新高水平, 不足 20 个国家占了总消费量的几乎 85%。哌醋甲酯的报告消费量大幅提高的国家包括冰岛 (过去数年的此药物人均消费量一直为全球最高)、澳大利亚、加拿大、

德国、以色列、挪威、西班牙、瑞典和联合王国。同时，麻管局也关切其他国家的哌醋甲酯处方不足而造成使用量低的问题。

图 52. 2004-2006 年和 2011-2013 年所有区域的哌醋甲酯消费量

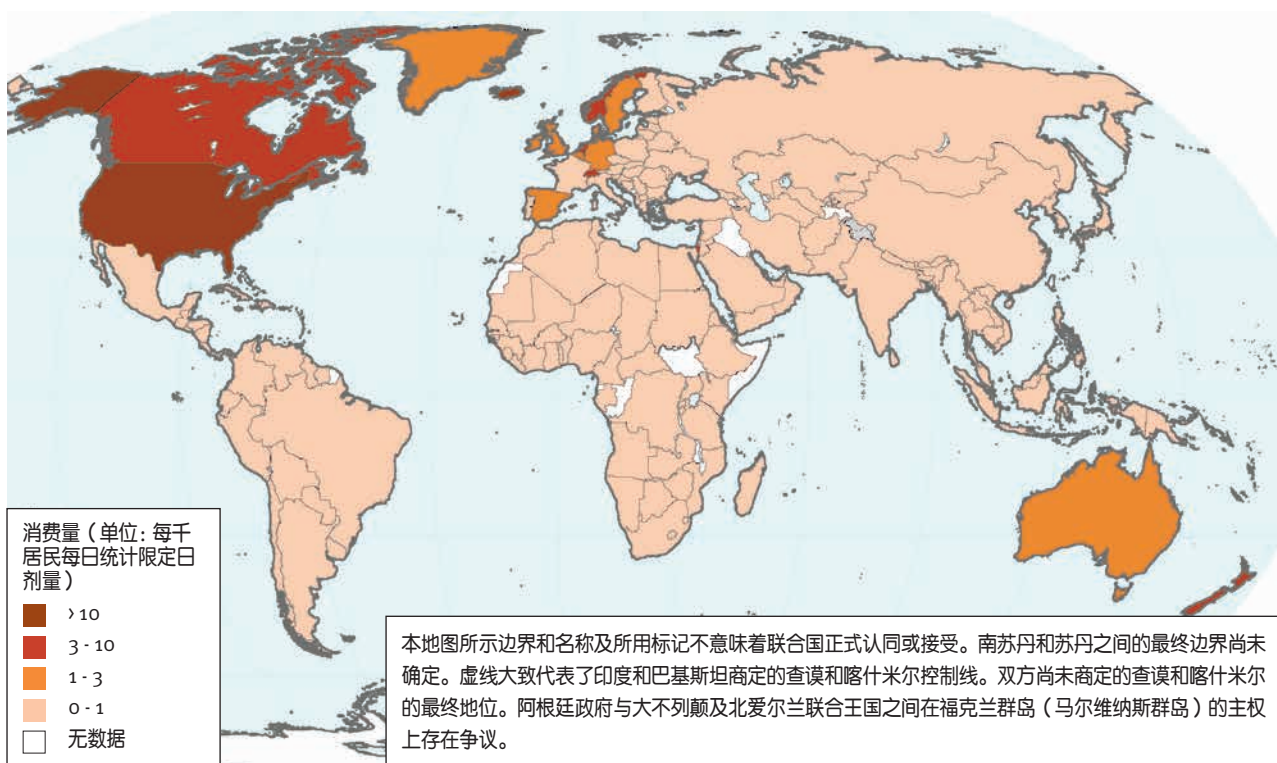


资料来源：国际麻醉品管制局。

199. 地图 11 和 12 显示了在 2004-2006 年和 2011-2013 年期间，各国的人均哌醋甲酯消费水平，以年均推算消费量（每千居民每日统计限定日剂量）为单位约计。可以看到，大部分国家和领土的消费水平仍然低于每千居民每日 1 统计限定日剂量，只有少数几个国家仍然是此药物的主要使用国，也注意到美洲、欧洲和大洋洲的一些国家在 2011-2013 年期间出现了明显增长。在 2004-2006 年期间，只有五个国家的人均消费量超过每千居民每日 5 统计限定日剂量；但到了 2011-2013 年期间，已有 17 个国家达到了这一高消费临界值，其中有九个国家的消费量超过了每千居民每日 10 统计限定日剂量。

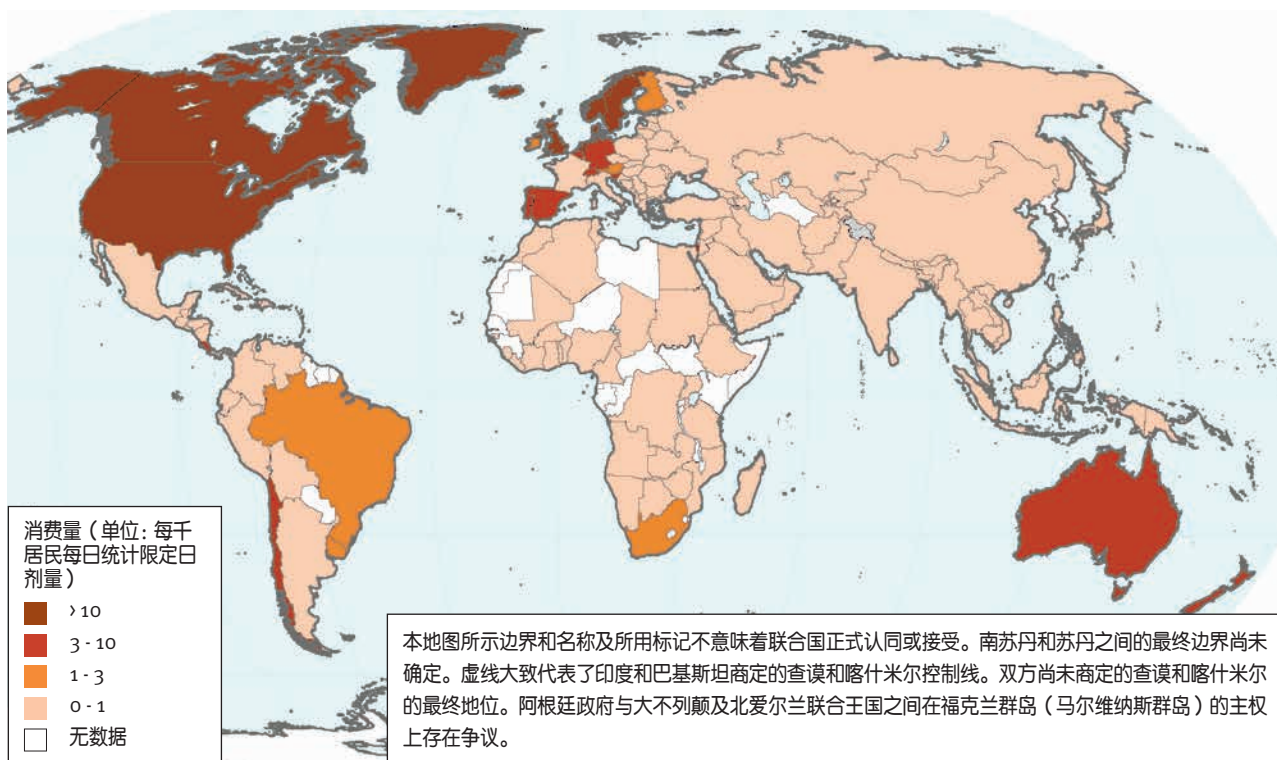
200. 麻管局不断对可能出现的多动症过度诊断问题以及哌醋甲酯的处方过度问题表示关注。在 2009 年，麻管局也建议不要为此药物开展推广运动，包括不登载针对潜在消费者的广告。最近，麻管局在其 2014 年年度报告中将哌醋甲酯的应用视为一项特别专题。

地图 11. 2004-2006 年哌醋甲酯的各国平均消费量



资料来源：国际麻醉品管制局。

地图 12. 2011-2013 年哌醋甲酯的各国平均消费量



资料来源: 国际麻醉品管制局。

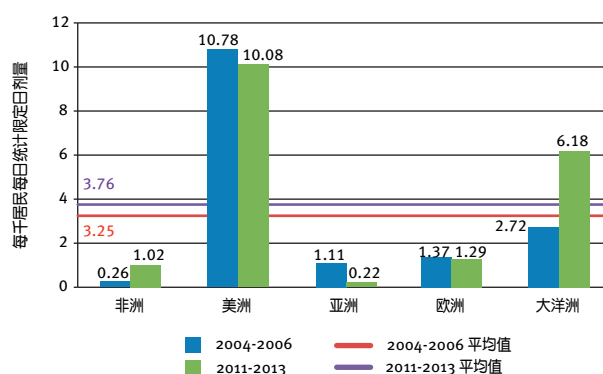
201. 《1971 年公约》附表四所列兴奋剂被用作食欲抑制剂, 其次用于治疗多动症。自 1980 年代末以来, 其全球使用量一直稳定增长。造成这一增长的部分原因是一些拉丁美洲国家 (阿根廷、巴西和智利)、美国以及一些亚洲国家和领土 (大韩民国、新加坡和中国香港) 的消费量高。

202. 自从 1990 年代初以来, 表四所列兴奋剂的最高人均推算消费量总是出现在美洲。芬特明的使用 1996 年在美国达到高峰后有所下降, 巴西等一些拉丁美洲国家实施措施禁止不适当使用部分兴奋剂, 都造成了消费量减少。但该区域的消费水平仍然比除亚洲部分国家以外的其他区域高。

203. 在《1971 年公约》附表四所列的兴奋剂中, 芬特明一直在制造量和消费量中占有重要比例, 在四分之一和三分之二之间波动。2013 年, 其在全球消费量中的比例达到接近 86%。全球所有区域的若干国家均有报告滥用食欲抑制剂的问题。近年来, 非洲和大洋洲的消费水平有所提高, 原因是南非和澳大利亚的推算消费量上升 (见图 53)。

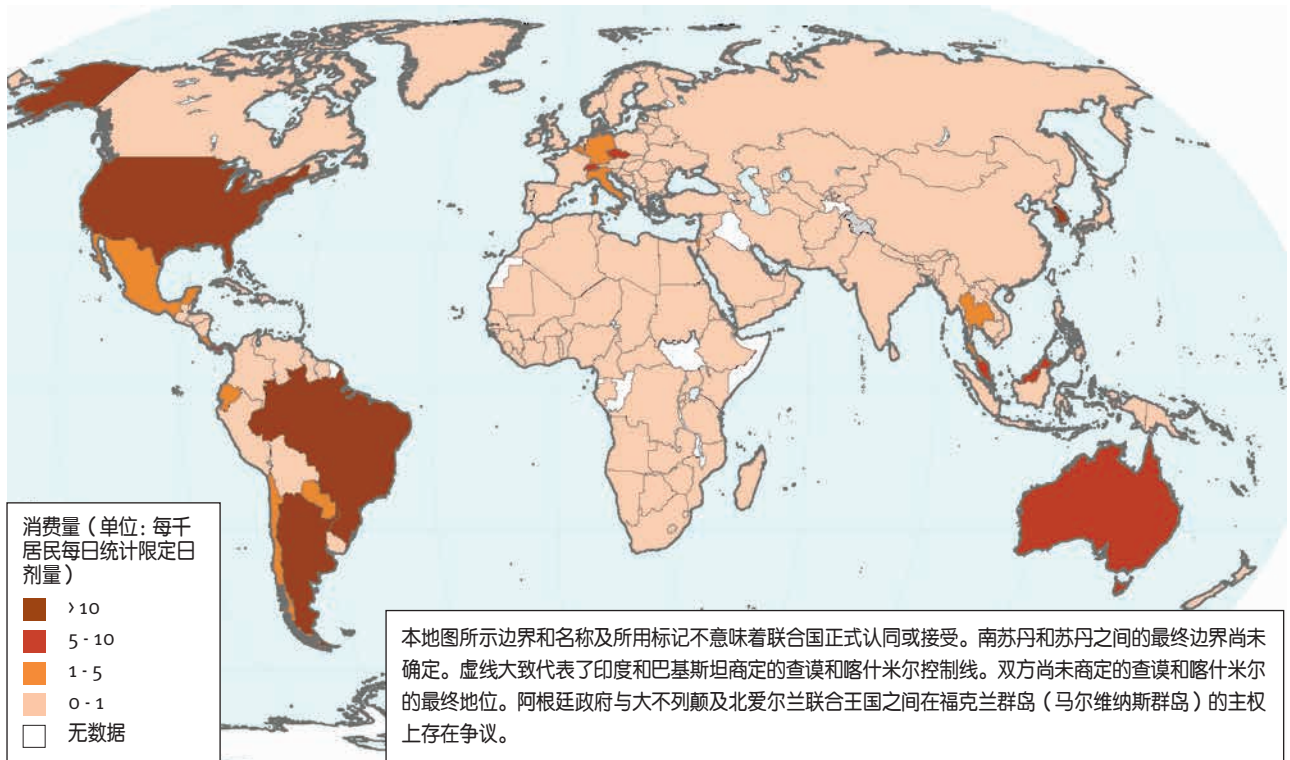
204. 许多国家都实行了严格的食欲抑制剂使用限制, 并收紧了其医疗用途相关的政策, 成功地遏制了其不适当使用, 因而防止出现不合理使用和滥用的情况。地图 13 和 14 显示了在 2004-2006 年和 2011-2013 年期间, 按国家分列的附表四所列兴奋剂消费量变化, 以年均推算消费量 (每千居民每日统计限定日剂量) 为单位计。

图 53. 2004-2006 年和 2011-2013 年所有区域的表四所列兴奋剂消费量



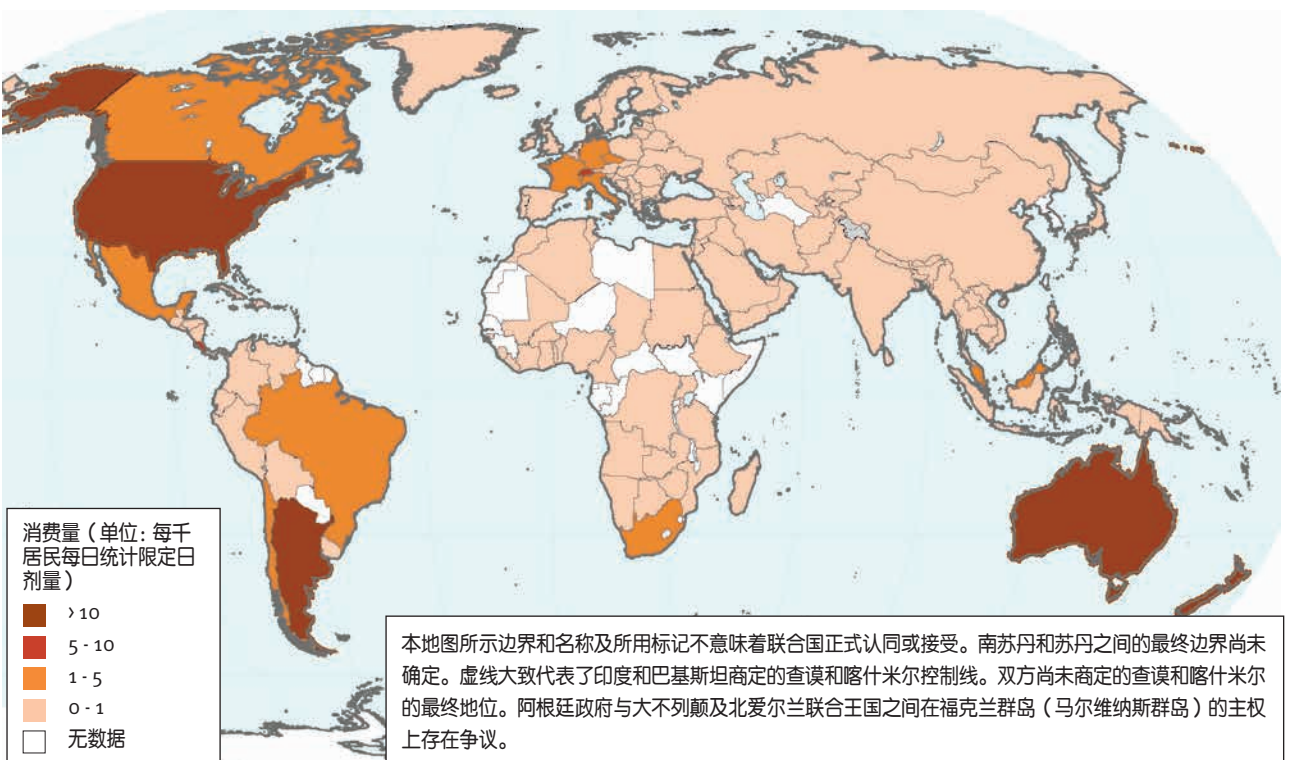
资料来源: 国际麻醉品管制局。

地图 13. 2004-2006 年表四所列兴奋剂的各国平均消费量



资料来源: 国际麻醉品管制局。

地图 14. 2011-2013 年附表四所列兴奋剂的各国平均消费量



资料来源: 国际麻醉品管制局。

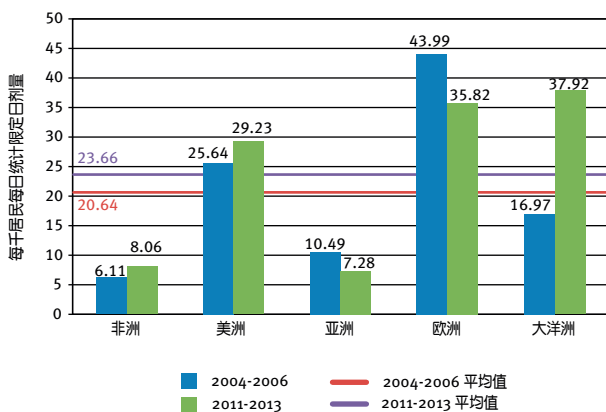
3. 苯二氮卓类的供应

205. 在 2004-2013 年期间, 抗焦虑药和镇静安眠药这两类苯二氮卓类的全球年均消费推算率呈现不同模式。苯二氮卓类抗焦虑药的年均人均消费率出现上升趋势, 而苯二氮卓类镇静安眠药的全球年均推算消费率则有所减少。在这一期间, 向麻管局报告的几乎所有国家和领土都制造苯二氮卓或进行其交易, 所报告的统计数据使麻管局得以推算超过 190 个国家和领土的消费率。在 2013 年, 阿普唑仑和地西洋仍然是最常用的抗焦虑药 (各达到 92 亿和 44 亿统计限定日剂量), 而氯甲西洋和溴替唑仑则是最常用的镇静安眠药 (各达到 14 亿和 13 亿统计限定日剂量)。

(a) 苯二氮卓类抗焦虑药

206. 在 2004-2013 年期间, 全球年平均苯二氮卓类抗焦虑药人均消费率从每千居民每日 20.6 统计限定日剂量增加到 23.7 统计限定日剂量。从图 54 可以看到, 在此时期之初, 这组药物年均消费率最高的是欧洲和美洲国家, 反映出苯二氮卓类在这些区域往往是大量老年人的处方药。在这个十年结束时, 年均消费率上升幅度最大的是大洋洲 (123%) 和非洲 (32%)。非洲和亚洲的消费率仍然低于全球平均水平。

图 54. 2004-2006 年和 2011-2013 年的苯二氮卓类抗焦虑药年均消费量



资料来源: 国际麻醉品管制局。

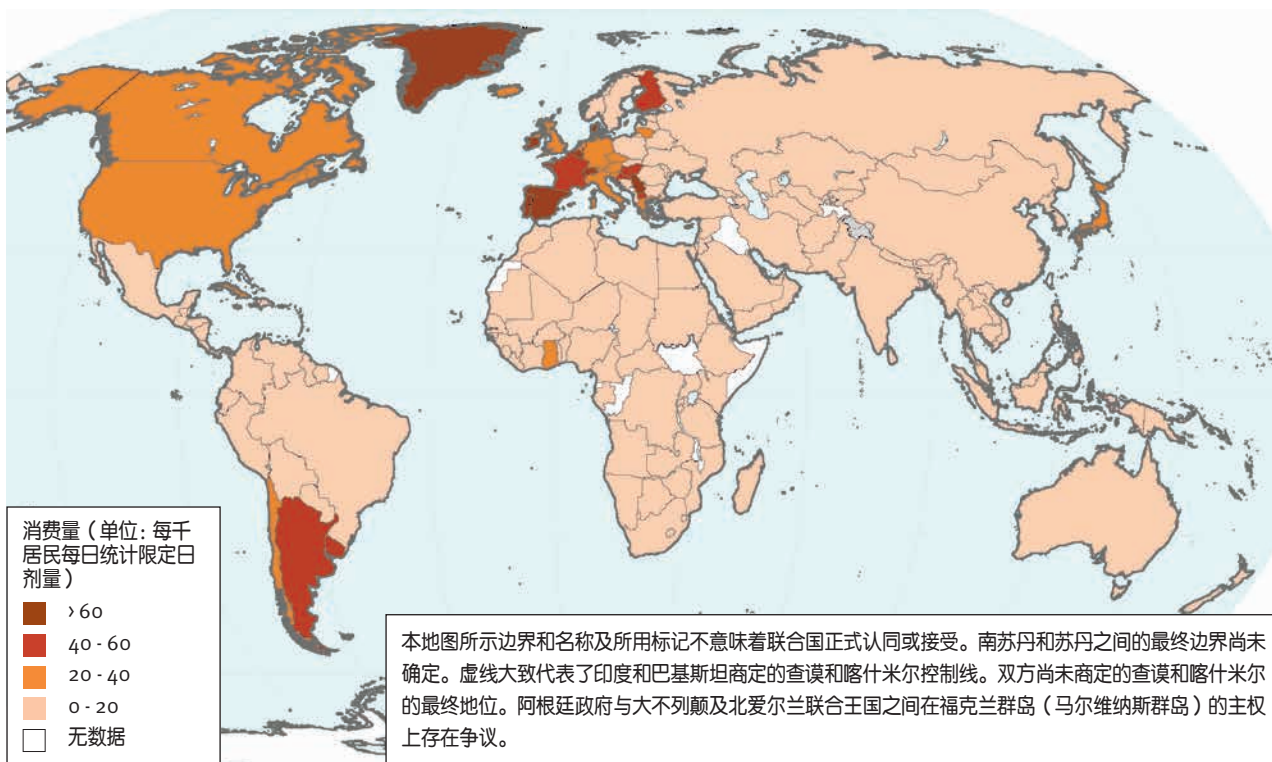
207. 在过去 10 年间, 欧洲的年均消费量从每千居民每日 43.99 统计限定日剂量下降到 35.82 统计限定日剂量, 但该地区已提交数据的 41 个国家中有 23 个消费量有所上升, 特别是芬兰出现了 517% 的增长。消费量跌幅最大的是丹麦 (下降 84%, 从每千居民每日 77 统计限定日剂量下降至 13 统计限定日剂量) 和瑞士 (下降 73%, 从每千居民每日 266 统计限定日剂量下降至 72 统计限定日剂量)。在 2011-2013 年期间, 15 个国家的推算消费率超过了区域平均值; 六个国家超过了每千居民每日 23.7 统计限定日剂量的全球平均值。平均消费水平低于全球平均值的欧洲国家包括冰岛、捷克共和国、荷兰、拉脱维亚、挪威、爱沙尼亚、德国、瑞典、丹麦、波兰、阿尔巴尼亚、希腊、罗马尼亚、联合王国、保加利亚、摩尔多瓦共和国、俄罗斯联邦、白俄罗斯、乌克兰和塞浦路斯, 按降序排列。

208. 在 2011-2013 年期间, 这组抗焦虑药在美洲的消费量平均为每千居民每日 29.2 统计限定日剂量。只有四个国家的消费率高于区域平均值: 乌拉圭 (67.9 统计限定日剂量)、阿根廷 (60.1 统计限定日剂量)、加拿大 (55.8 统计限定日剂量) 和美国 (42.2 统计限定日剂量)。此外, 在美洲, 次区域间的抗焦虑药消费水平也有明显差距, 在 2011-2013 年期间人均消费率最高的是北美洲, 其次是南美洲以及中美洲和加勒比 (见地图 15 和 16)。

209. 大洋洲的区域平均值 (每千居民每日 37.9 统计限定日剂量) 远高于全球平均值 (每千居民每日 23.7 统计限定日剂量), 但主要推进动力来自澳大利亚, 它是该区域在 2011-2013 年期间推算消费量高于全球平均值的唯一国家。该区域所有国家的消费率都有所增加, 新西兰除外, 其消费率下降了 8%, 从每千居民每日 5.1 统计限定日剂量下降到 4.6 统计限定日剂量。

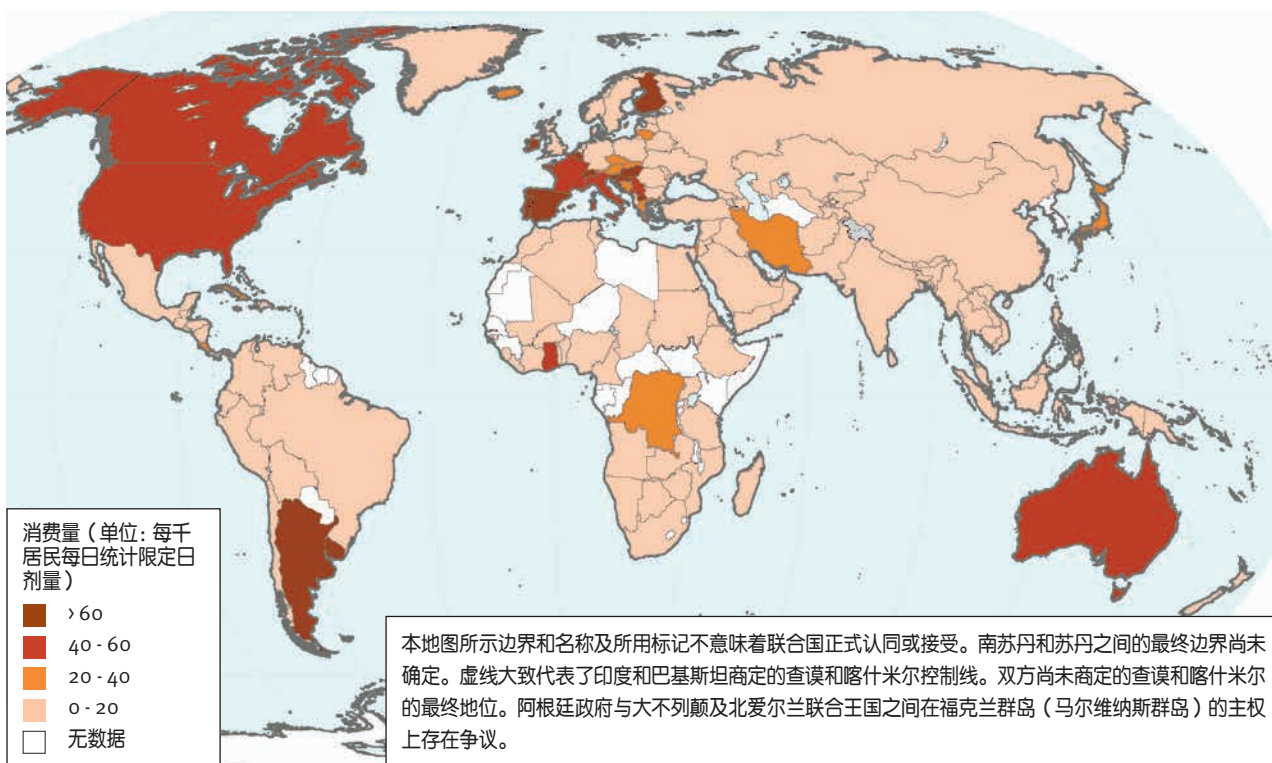
210. 在亚洲, 已提交数据的 48 个国家中除 1 个外全部都低于全球消费率平均值。在 2011-2013 年期间, 以色列 (每千居民每日 27.9 统计限定日剂量)、伊朗伊斯兰共和国 (22.3 统计限定日剂量)、日本 (21.1 统计限定日剂量) 和其他三个国家 (约旦、黎巴嫩和泰国) 的推算消费率都高于区域平均值每千居民每日 7.3 统计限定日剂量。

地图 15. 2004-2006 年苯二氮卓类抗焦虑药的各国平均消费量



资料来源: 国际麻醉品管制局。

地图 16. 2011-2013 年苯二氮卓类抗焦虑药的各国平均消费量



资料来源: 国际麻醉品管制局。

211. 在非洲, 苯二氮卓类抗焦虑药的年均消费量从 2004-2006 年期间的每千居民每日 6.1 统计限定日剂量增长到 2011-2013 年期间的 8.6 统计限定日剂量。19 个非洲国家或领土的平均推算消费率有所增长, 最突出的是圣赫勒拿(几乎增长 7 倍, 从每千居民每日 1.3 统计限定日剂量上升至 9 统计限定日剂量)、纳米比亚和刚果民主共和国(均增长超过 4.5 倍, 从 4.9 统计限定日剂量上升至 22.5 统计限定日剂量)。加纳仍然是该区域消费率最高的国家(也是全球第十七高), 在 2004-2006 年和 2011-2013 年之间增长了 146%, 从 21.3 统计限定日剂量上升至 52.3 统计限定日剂量。其次是刚果民主共和国, 其消费率为每千居民每日 22.5 统计限定日剂量, 仍稍低于全球平均水平 23.7 统计限定日剂量。同时, 超过 16 个国家在 2011-2013 年期间的消费率低于每千居民每日 1 统计限定日剂量, 以及超过 10 国家的消费率据记录有所下降。据记录, 年均推算消费率跌幅最大的是佛得角(从 6.5 统计限定日剂量下降至 0.7 统计限定日剂量)、塞拉利昂(从 0.6 统计限定日剂量下降至 0.1 统计限定日剂量)、厄立特里亚(从 0.1 统计限定日剂量下降至 0.02 统计限定日剂量)、坦桑尼亚联合共和国(从 2 统计限定日剂量下降至 0.7 统计限定日剂量)和博茨瓦纳(从 1.4 统计限定日剂量下降至 0.7 统计限定日剂量)。

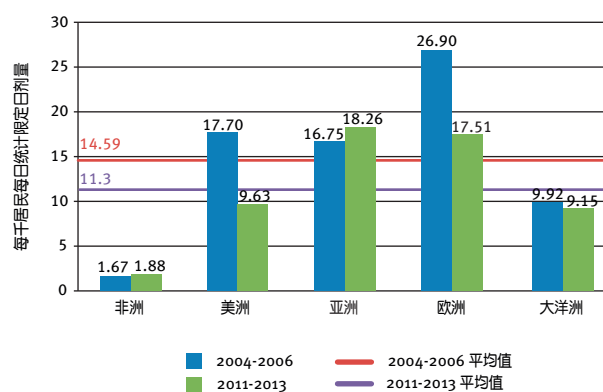
(b) 苯二氮卓类镇静安眠药

212. 按每千居民每日统计限定日剂量计算, 苯二氮卓类镇静安眠药的全球年均推算消费率在 2004-2006 年和 2011-2013 年之间下降了 22% 以上, 从每千居民每日 14.6 统计限定日剂量减少到 11.3 统计限定日剂量。欧洲的消费量一直最高, 而美洲、欧洲和大洋洲的消费量有所减少, 非洲和亚洲则有所增长(见图 55)。

213. 在欧洲, 2004-2006 年和 2011-2013 年之间的年均推算消费率下降了 35%, 从每千居民每日 26.9 统计限定日剂量下降到 17.5 统计限定日剂量。该区域 29 个国家的消费率均有所下降, 其

中包括塞浦路斯(从每千居民每日 20.5 统计限定日剂量下降到几近零)、摩尔多瓦共和国(从 0.15 统计限定日剂量下降到 0.003)、联合王国(从 47.3 统计限定日剂量下降到 4 统计限定日剂量)和瑞士(从 42.6 统计限定日剂量下降到 11.4 统计限定日剂量), 反映出医疗实践中处方所开苯二氮卓类可能出现了变化。12 个国家则有所增长, 其中最显著的是安道尔(365%)、克罗地亚(300%)和斯洛伐克(244%)。在 2011-2013 年期间, 五个国家的年均消费率高于区域平均值每千居民每日 17.5 统计限定日剂量, 还有六个国家的消费率高于全球平均值 11.3 统计限定日剂量。

图 55. 2004-2006 年和 2011-2013 年的苯二氮卓类镇静安眠药年均消费量



资料来源: 国际麻醉品管制局。

214. 在 2004-2006 年和 2011-2013 年之间, 大洋洲的苯二氮卓类镇静安眠药年均推算消费率有所下降, 从每千居民每日 9.9 统计限定日剂量下降到 9.1 统计限定日剂量。虽然澳大利亚和新西兰的消费率各减少了 20% 和 22%, 但它们仍然是该区域平均推算消费率最高的两个国家。密克罗尼西亚联邦、新喀里多尼亚以及瓦利斯群岛和富图纳群岛的年均消费率都有所增加, 尽管消费水平起点较低。除了澳大利亚、新西兰、新喀里多尼亚和法属波利尼西亚以外, 该区域的其他国家和领土对这组药物的年均消费率都低于每千居民每日 0.1 统计限定日剂量。

215. 在美洲, 2004-2006 年和 2011-2013 年之间的年均推算消费率下降了 45%, 从每千居民每日 17.7 统计限定日剂量下降到 9.8 统计限定日剂

量。但次区域间的差距较大。北美洲以及中美洲和加勒比国家的消费率有所增加，南美洲则有所下降。美洲只有三个国家的消费率高于区域平均值每千居民每日 9.8 统计限定日剂量：古巴（30.1 统计限定日剂量）、乌拉圭（23.3 统计限定日剂量）和加拿大（14.6 统计限定日剂量）。33 个国家和地区的消费率低于全球平均值，其中 24 个国家的消费率低于每千居民每日 1 统计限定日剂量，11 个国家的消费率低于 0.1 统计限定日剂量。

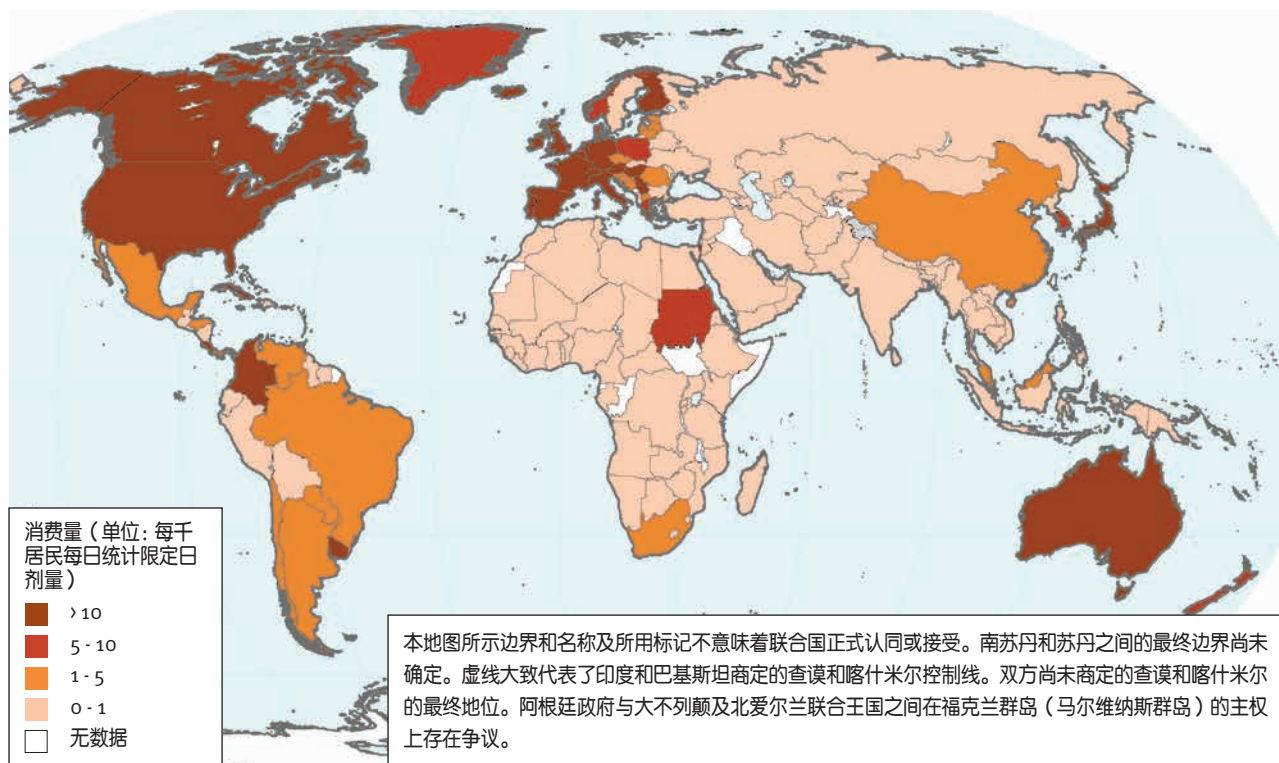
216. 在亚洲，苯二氮卓类镇静安眠药的消费率从 2004-2006 年期间的年均每千居民每日 16.8 统计限定日剂量增加到 2011-2013 年期间的每千居民每日 18.3 统计限定日剂量。在 2011-2013 年期间，只有日本（54.2 统计限定日剂量）、以色列（9.5 统计限定日剂量）、中国澳门（2.6 统计限定日剂量）、中国香港（1.3 统计限定日剂量）和孟加拉国（1.2 统计限定日剂量）是年均推算消

费率超过每千居民每日 1 统计限定日剂量的国家和领土。日本和以色列的消费率较高一直以来是因为它们的老年人口较多。在 2011-2013 年期间，亚洲 37 个国家的苯二氮卓类镇静安眠药年均消费率低于每千居民每日 1 统计限定日剂量，其中 22 个国家的消费率低于 0.1 统计限定日剂量。

217. 在 2011-2013 年期间，非洲只有南非（2 统计限定日剂量）的年均推算消费率高于区域平均水平每千居民每日 1.9 统计限定日剂量。其次是尼日利亚（1.1 统计限定日剂量）和纳米比亚（0.6 统计限定日剂量）。21 个国家的消费率低于 0.1 统计限定日剂量，其中 14 个国家的消费率低于 0.01 统计限定日剂量。

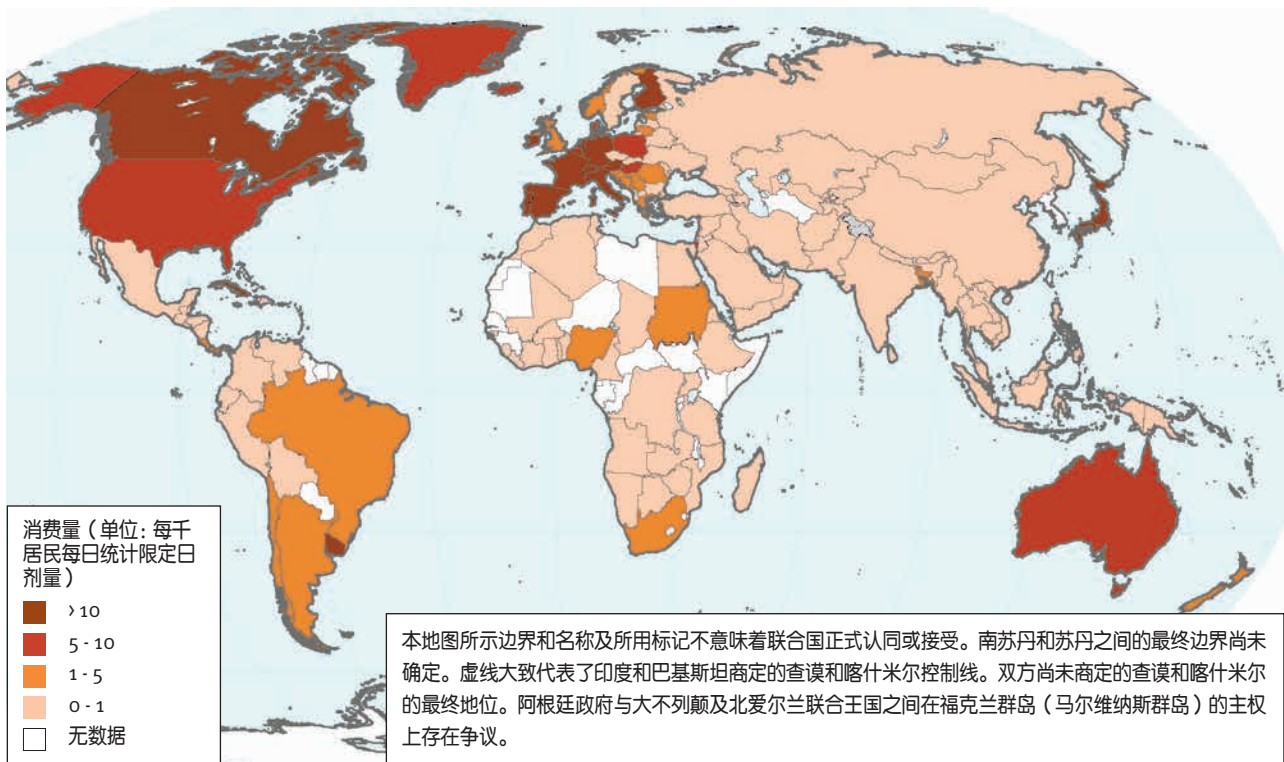
218. 地图 17 和 18 显示了在 2004-2006 年和 2011-2013 年期间，按国家分列的苯二氮卓类镇静安眠药消费量变化，以年均推算消费量（每千居民每日统计限定日剂量）为单位取近似值。

地图 17. 2004-2006 年苯二氮卓类镇静安眠药的各国平均消费量



资料来源：国际麻醉品管制局。

地图 18. 2011-2013 年苯二氮卓类镇静安眠药的各国平均消费量



资料来源: 国际麻醉品管制局。

(c) 含苯二氮卓的基本药品

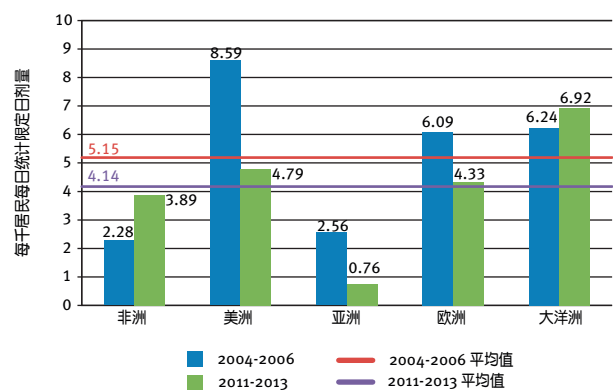
219. 三种苯二氮卓类药物被列入《世界卫生组织基本药品标准列表》中: 地西洋和劳拉西洋 (抗焦虑药) 及咪达唑仑 (镇静安眠药)。

地西洋

220. 在 2004-2006 年和 2011-2013 年之间, 全球的地西洋年均推算消费率下降了 20%, 从每千居民每日 5.2 统计限定日剂量下降到 4.1 统计限定日剂量 (见图 56)。平均消费率跌幅最大的是亚洲 (70%) 和美洲 (44%)。相比之下, 非洲和大洋洲的年均消费率有所增长 (分别增长 70% 和 11%)。非洲出现显著增长的主要原因是刚果民主共和国和加纳的推算消费量上升。在 2011-2013 年期间, 全球记录在案的 164 个国家中, 有 37 个的消费率高于全球平均值, 其中最高的是加纳 (50.5 统计限定日剂量)、前南斯拉夫的马其顿共和国 (26.1 统计限定日剂量) 和克罗地亚

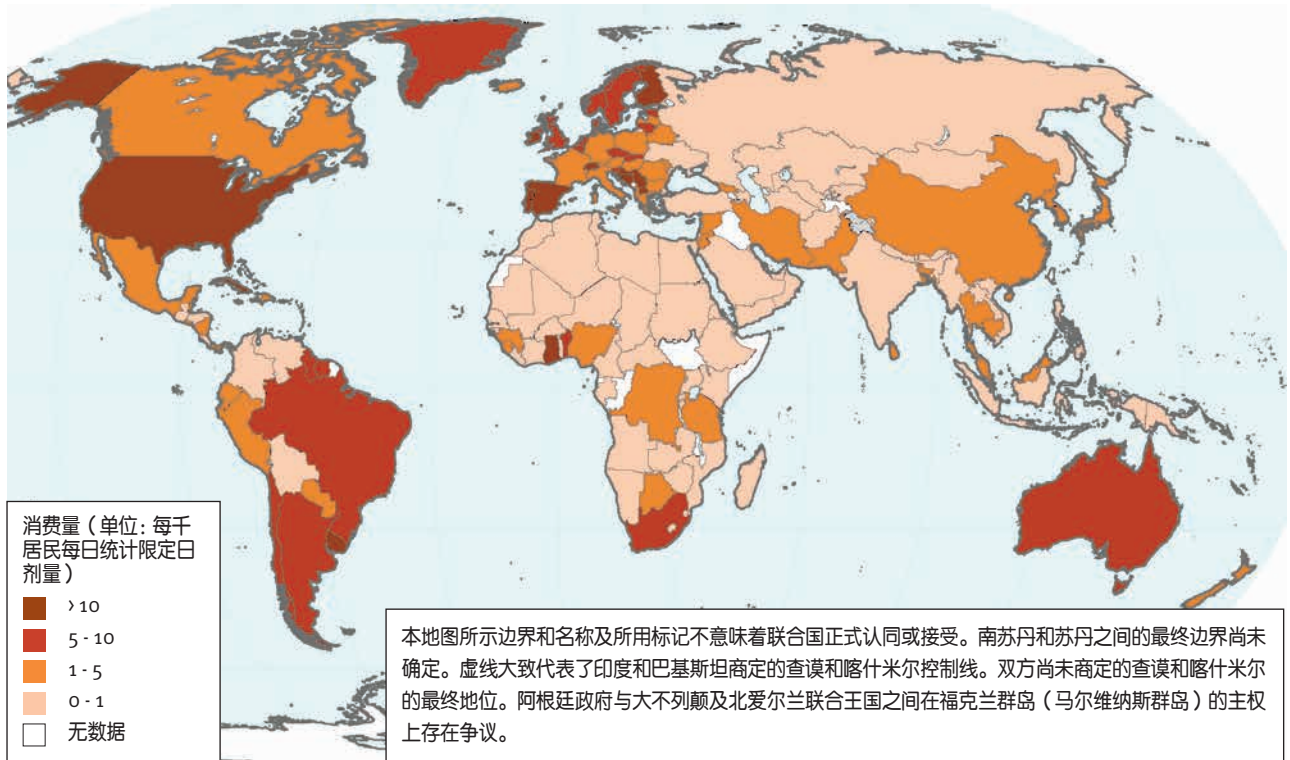
(25.9 统计限定日剂量)。在底端, 大约 90 个国家的消费率低于每千居民每日 1 统计限定日剂量, 其中 22 个国家的消费率低于 0.1 统计限定日剂量 (见地图 19 和 20)。

图 56. 2004-2006 年和 2011-2013 年的地西洋年均消费量



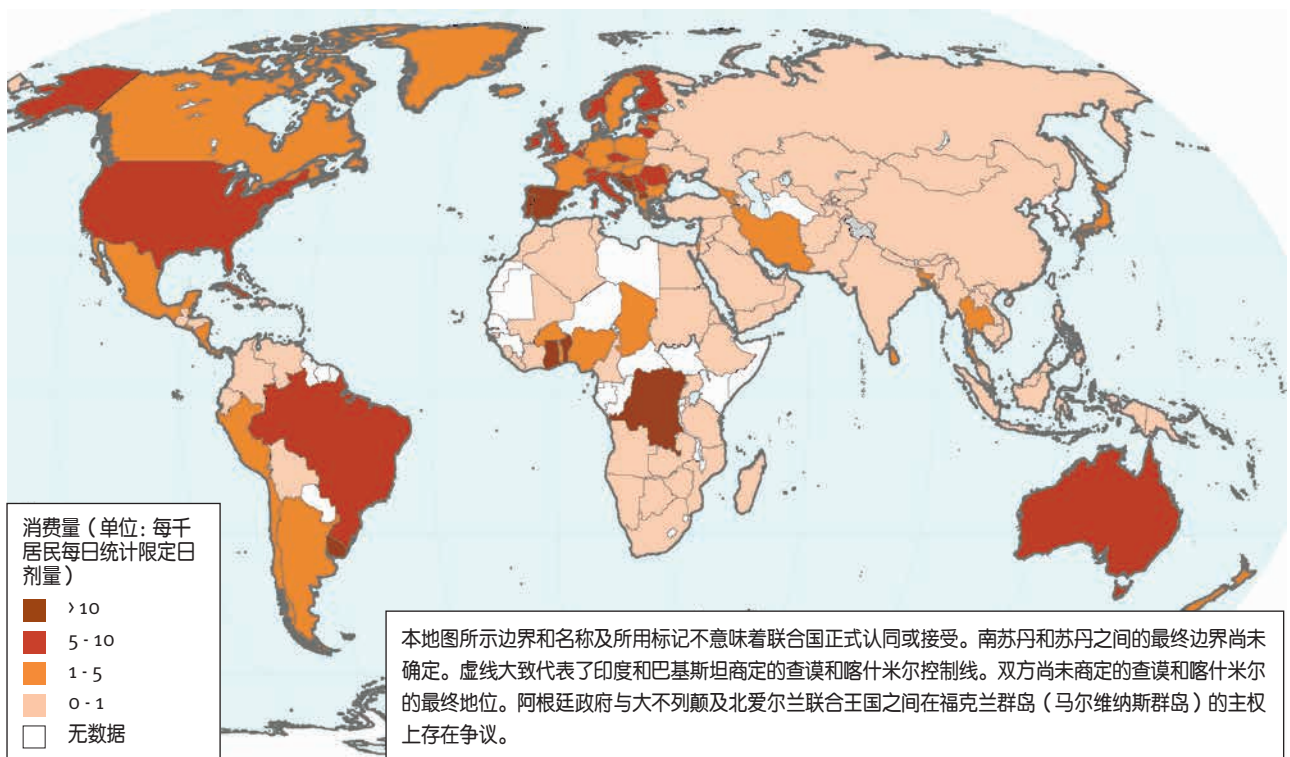
资料来源: 国际麻醉品管制局。

地图 19. 2004-2006 年地西洋的各国平均消费量



资料来源: 国际麻醉品管制局。

地图 20. 2011-2013 年地西洋的各国平均消费量



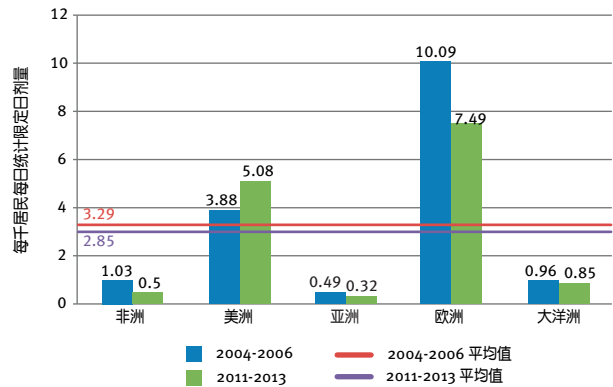
资料来源: 国际麻醉品管制局。

劳拉西洋

221. 如图 57 所示，在 2004-2006 年和 2011-2013 年之间，全球的劳拉西洋年均消费率有所下降，从每千居民每日 3.3 统计限定日剂量下降到 2.8 统计限定日剂量。但这一相对较小的减少 (13.4%) 是由不同区域的较大波动所导致的。在这一期间，美洲的年均消费率增加了 31%，而所有其他区域则有所下降，跌幅最大的是非洲 (51.4%)、亚洲 (34.5%) 和欧洲 (25.8%)。在 2011-2013 年期间，已提交统计数据的 134 个国家中有 31 个的年均推算消费率超过全球平均值。欧洲的消费率最高，领头的国家有爱尔兰 (85.9 统计限定日剂量)、葡萄牙 (27.7 统计限定日剂量) 和西班牙 (27.2 统计限定日剂量)。83 个国家的年均消费率低于每千居民每日 1 统计限定日剂量，其中 44 个国家的消费率低于 0.1 统计限定日剂量，尤其是

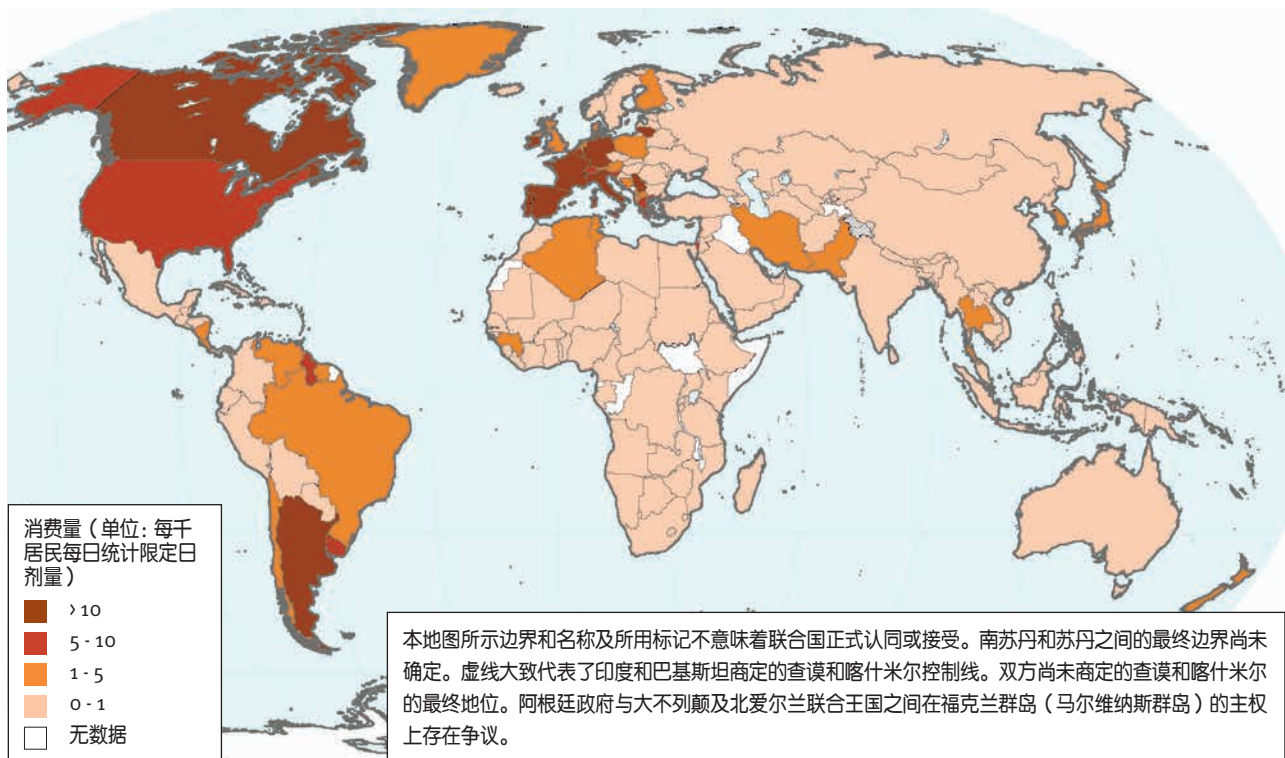
不丹、乍得和巴布亚新几内亚的消费率更低于 0.02 统计限定日剂量。下文地图 21 和 22 显示了按国家分列的劳拉西洋消费量变化。

图 57. 2004-2006 年和 2011-2013 年的劳拉西洋年均消费量



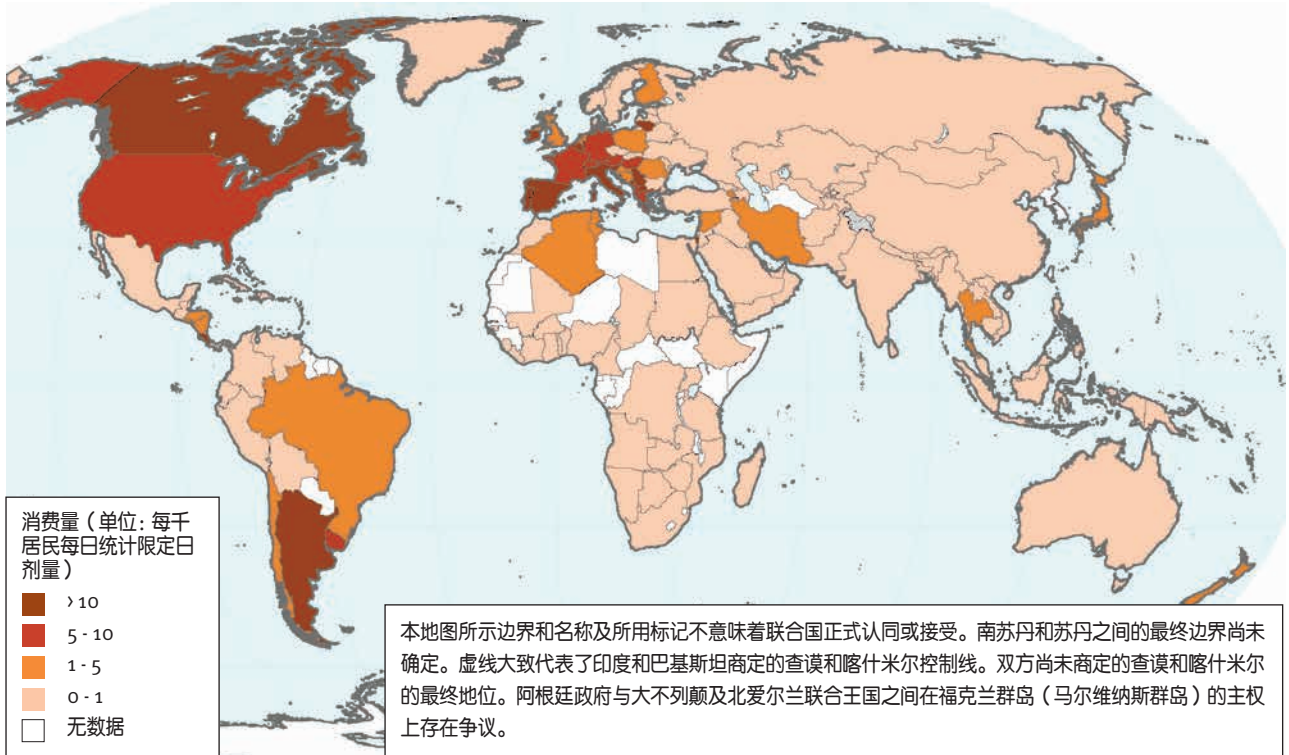
资料来源: 国际麻醉品管制局。

地图 21. 2004-2006 年劳拉西洋的各国平均消费量



资料来源: 国际麻醉品管制局。

地图 22. 2011-2013 年劳拉西洋的各国平均消费量



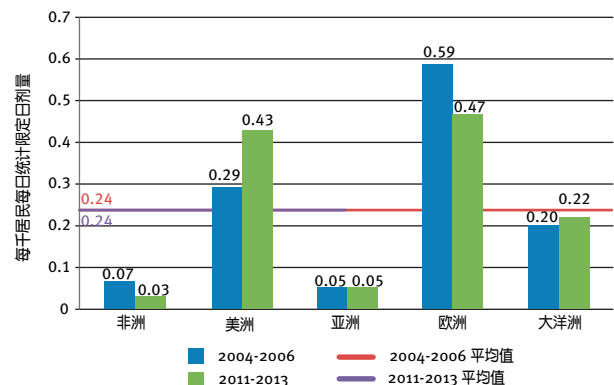
资料来源: 国际麻醉品管制局。

咪达唑仑

222. 在 2004-2006 年和 2011-2013 年之间, 全球的咪达唑仑年均推算消费率下降了 0.4%, 从每千居民每日 0.238 统计限定日剂量下降到 0.237 统计限定日剂量 (见图 58)。欧洲和美洲的咪达唑仑消费率一直以来均是最高。在过去 10 年间, 平均消费率增幅增大的是美洲 (47.2%)。同时, 消费率有所降低的是非洲 (下降 56%)、欧洲 (下降 20%) 和亚洲 (下降 10%)。在 2011-2013 年期间, 只有八个国家和领土的年均推算消费率高于每千居民每日 1 统计限定日剂量: 瑞士 (5 统计限定日剂量)、圣马丁 (2.7)、葡萄牙 (1.9)、库拉索 (1.6)、乌拉圭 (1.5)、匈牙利 (1.4)、哥斯达黎加 (1.1) 和联合王国 (1), 有 37 个国家和领土的消费率高于全球平均值 0.237 统计限定日剂量。在消费率低于全球平均值的国家和领土中, 其中

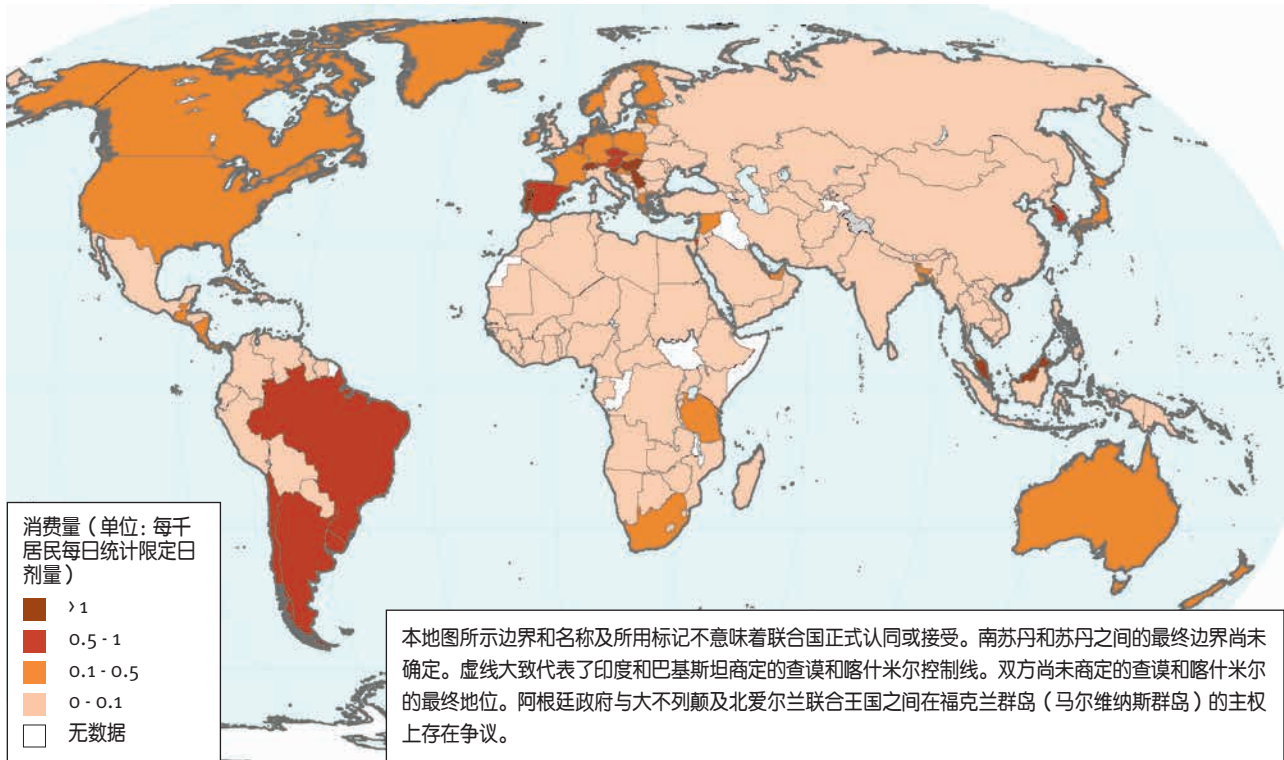
有 89 个消费率低于 0.1 统计限定日剂量, 有 51 个更低于 0.01 统计限定日剂量。地图 23 和 24 显示了 2004-2006 年和 2011-2013 年之间按国家分列的咪达唑仑消费量变化。

图 58. 2004-2006 年和 2011-2013 年的咪达唑仑年均消费量



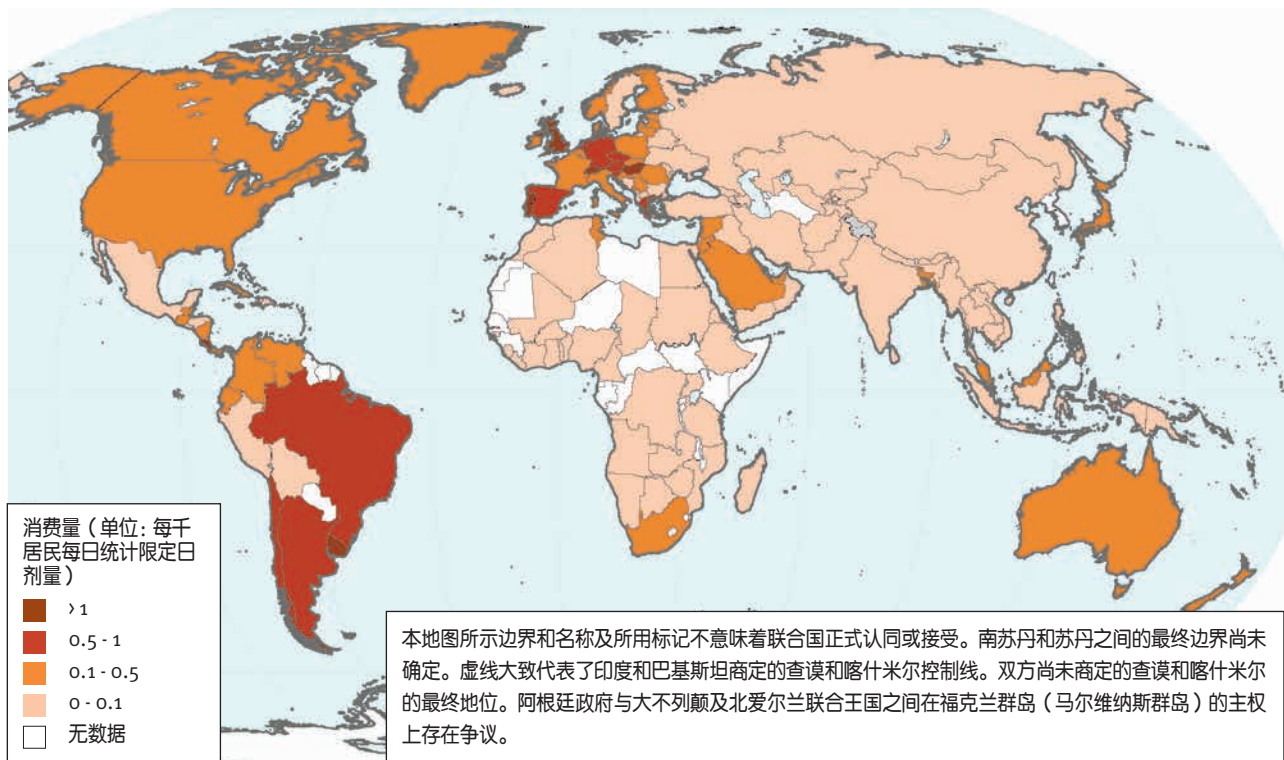
资料来源: 国际麻醉品管制局。

地图 23. 2004-2006 年咪达唑仑的各国平均消费量



资料来源: 国际麻醉品管制局。

地图 24. 2011-2013 年咪达唑仑的各国平均消费量



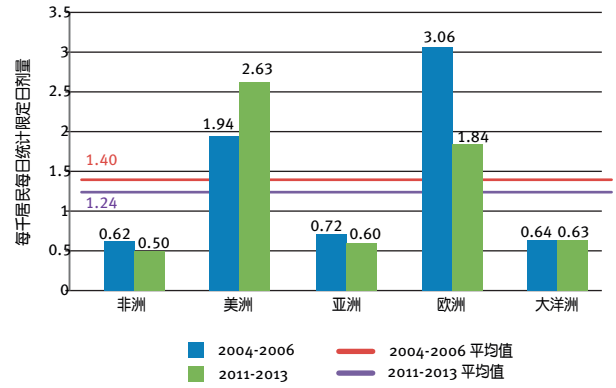
资料来源: 国际麻醉品管制局。

(d) 抗癫痫药的供应

223. 巴比妥类抗癫痫药（苯巴比妥和甲苯巴比妥）和苯二氮卓类抗癫痫药（氯硝西洋）均已被列入《1971年公约》附表四。除被用于治疗癫痫外,这些药物还用于促成睡眠。作为被列入《世卫组织基本药品示范清单》的一种药物,苯巴比妥占了2004-2013年期间全球抗癫痫药消费量的几乎全部。

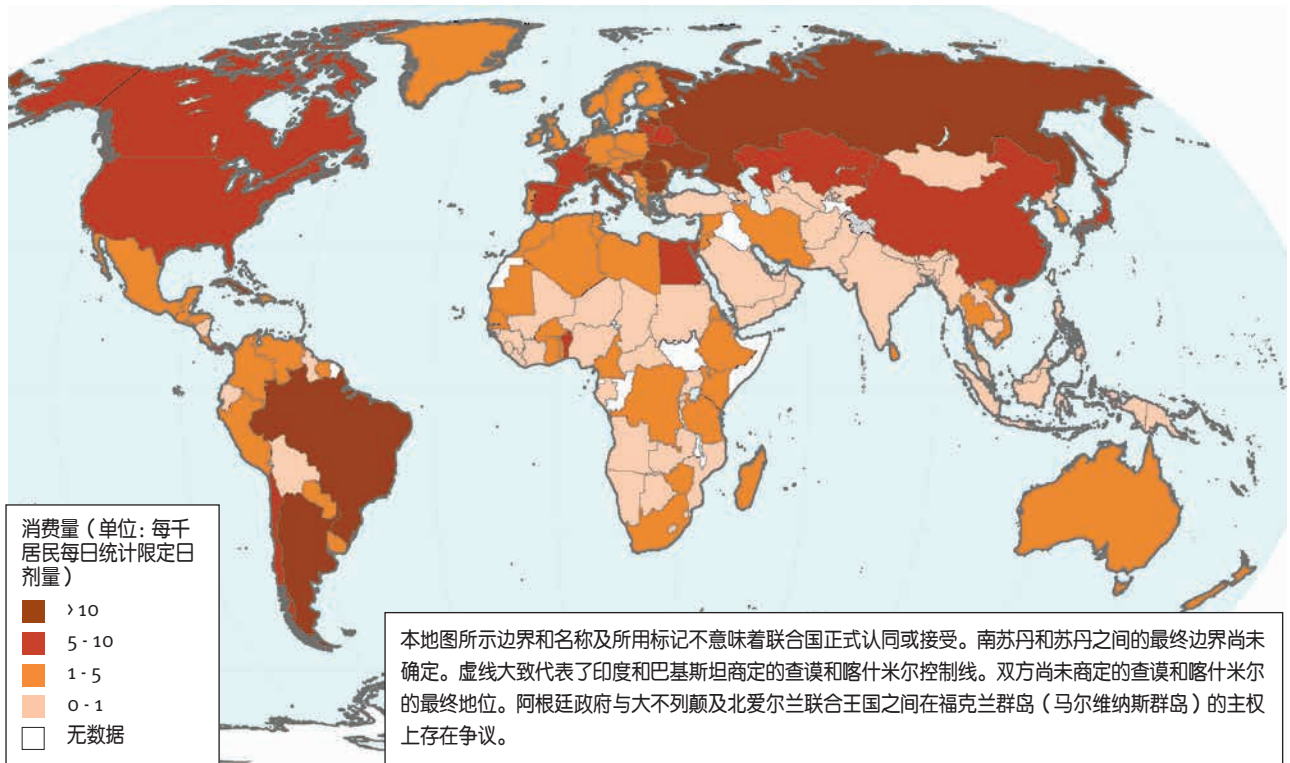
224. 在这一期间,除美洲外全球所有区域的抗癫痫药消费量都有所下降。跌幅最大的欧洲(40%)、非洲(20%)和亚洲(16%)。同时,大洋洲的抗癫痫药消费率基本保持不变,但美洲则上升了35% (见图59)。下文地图25和26显示了按国家分列的抗癫痫药消费量变化。

图 59. 2004-2006 年和 2011-2013 年所有区域的抗癫痫药消费量



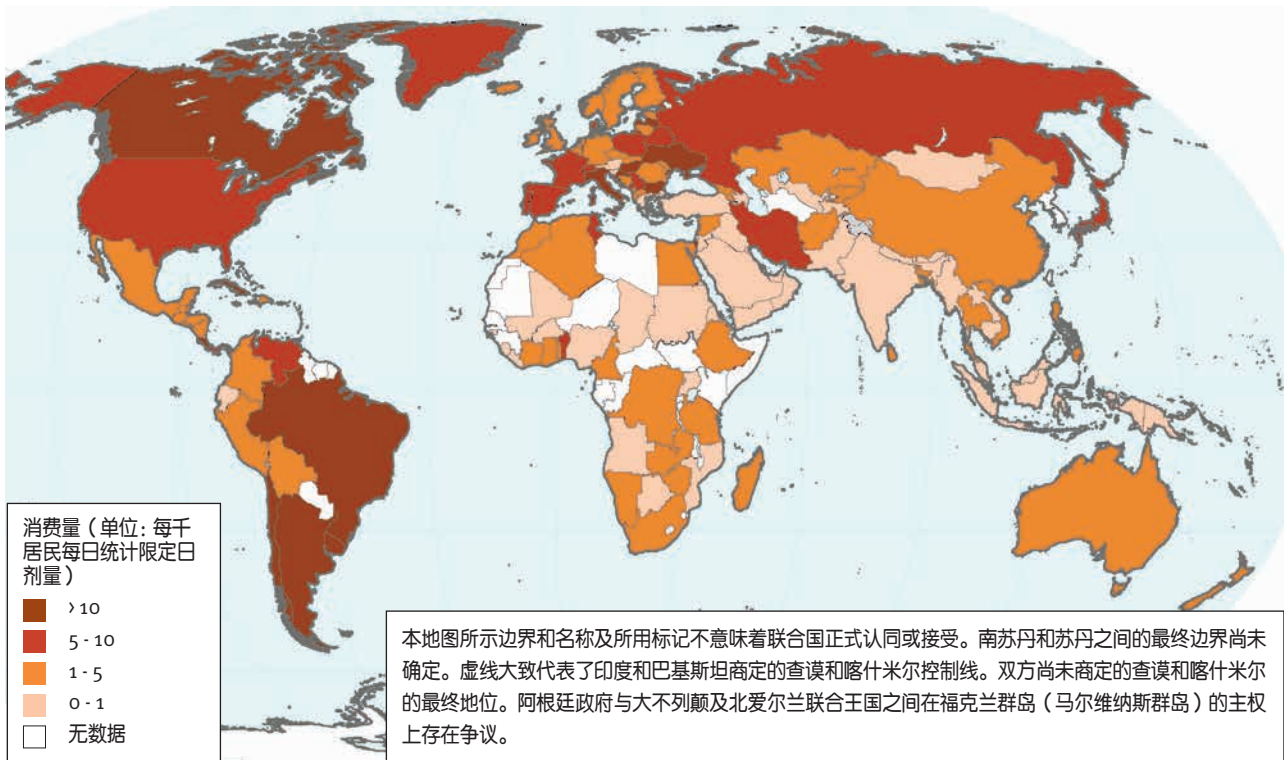
资料来源: 国际麻醉品管制局。

地图 25. 2004-2006 年抗癫痫药的各国平均消费量



资料来源: 国际麻醉品管制局。

地图 26. 2011-2013 年抗癫痫药的各国平均消费量

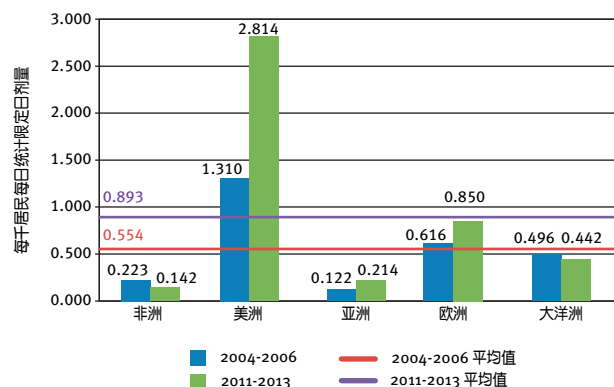


资料来源: 国际麻醉品管制局。

(e) 苯二氮卓类抗癫痫药 (氯硝西洋)

225. 美洲抗癫痫药消费量出现显著增长的主要驱动力是巴西、哥斯达黎加、尼加拉瓜和巴拿马的苯二氮卓类抗癫痫药 (氯硝西洋) 消费量有所增加。与抗癫痫药的总体消费趋势相反, 苯二氮卓类抗癫痫药 (氯硝西洋) 的消费量 2004-2013 年期间在全球大部分区域都出现增长 (见图 60)。增幅最大的是美洲 (115%)、亚洲 (75%) 和欧洲 (38%)。同时, 非洲和大洋洲的氯硝西洋消费量则适度减少, 分别减少 36% 和 11%。无论不同区域出现了如何变化, 氯硝西洋消费量的区域分布保持不变: 最高消费量出现在美洲, 其次是欧洲、大洋洲、亚洲和非洲。

图 60. 2004-2006 年和 2011-2013 年所有区域的氯硝西洋消费量



资料来源: 国际麻醉品管制局。

(f) 巴比妥类抗癫痫药

226. 巴比妥类抗癫痫药 (苯巴比妥和甲苯巴比妥) 的全球消费量在 2004-2013 年期间大幅下降。

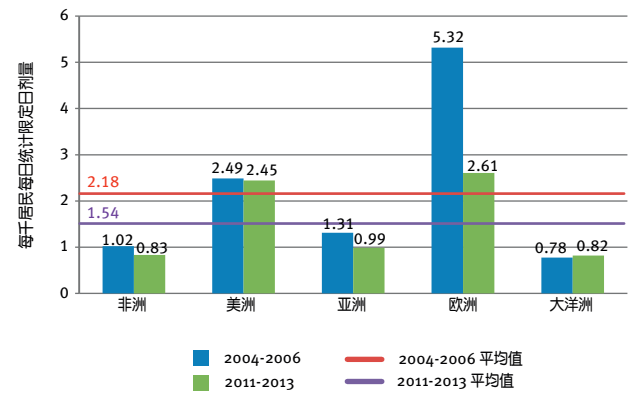
这些药物在欧洲的消费量下降了 95%，在亚洲和非洲分别下降了 33% 和 20%。巴比妥类抗癫痫药的区域消费模式保持不变，欧洲和美洲的消费水平最高，其次是亚洲、非洲和大洋洲。由于苯巴比妥的消费量几乎占了全球巴比妥类抗癫痫药消费量的全部，因此这类抗癫痫药的消费趋势与苯巴比妥非常相似。

苯巴比妥

227. 在 2004 年至 2013 年之间，以每千居民每日统计限定日剂量推算，苯巴比妥的全球消费量下降了接近 30%，⁶⁰ 区域间差异相当显著（见图 61）。虽然欧洲和美洲的消费水平都高于全球其他区域，但欧洲的苯巴比妥消费量已下降了 51%，而美洲仅下降 2%。在所有欧洲国家中，跌幅最大的依次是立陶宛、匈牙利和希腊。同时，亚洲和非洲的苯巴比妥消费量也分别缩减了 25% 和 18%，而大洋洲则上升了 6%。尽管趋势出现了这些变化，但

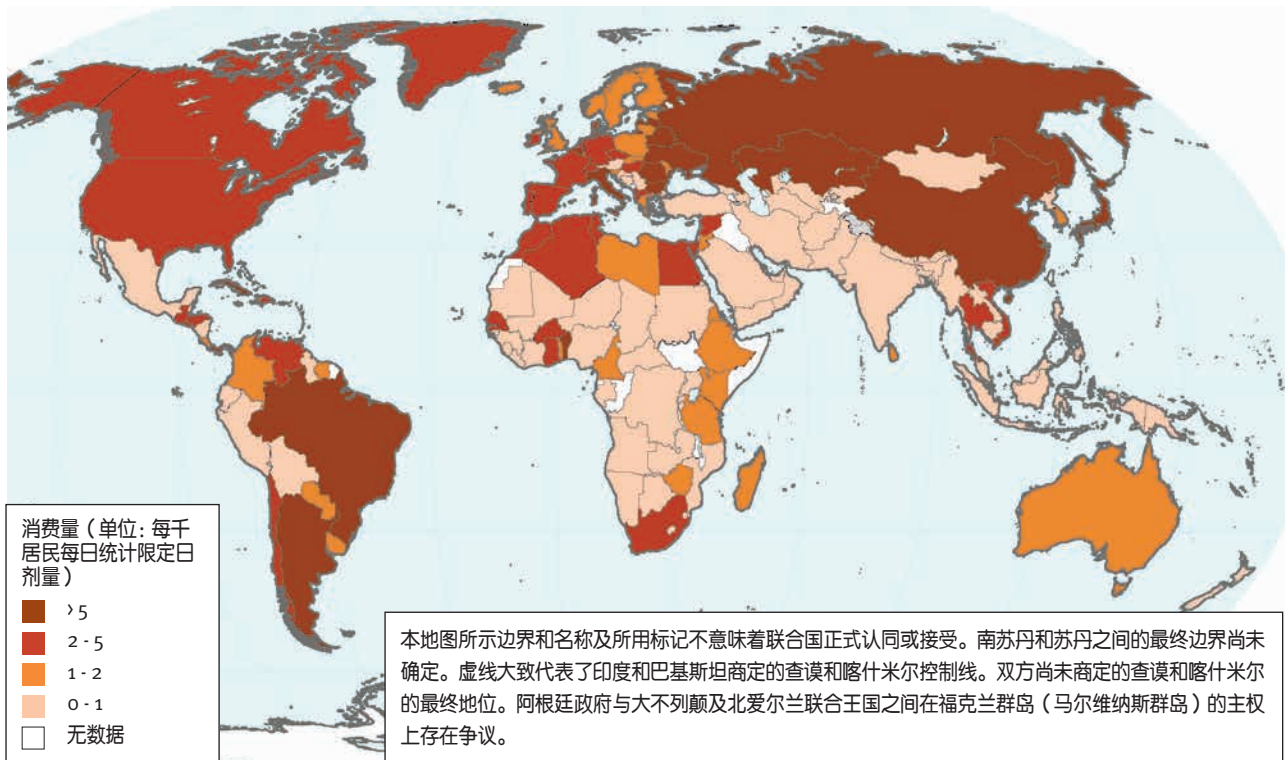
苯巴比妥全球消费量的区域分布在 2004-2013 年期间保持不变，欧洲和美洲的消费水平最高，其次是亚洲、非洲和大洋洲。下文地图 27 和 28 显示了在 2004-2006 年和 2011-2013 年期间，按国家分列的苯巴比妥消费量变化，以年均推算消费量（每千居民每日统计限定日剂量）为单位约计。

图 61. 2004-2006 年和 2011-2013 年所有区域的苯巴比妥消费量



资料来源：国际麻醉品管制局。

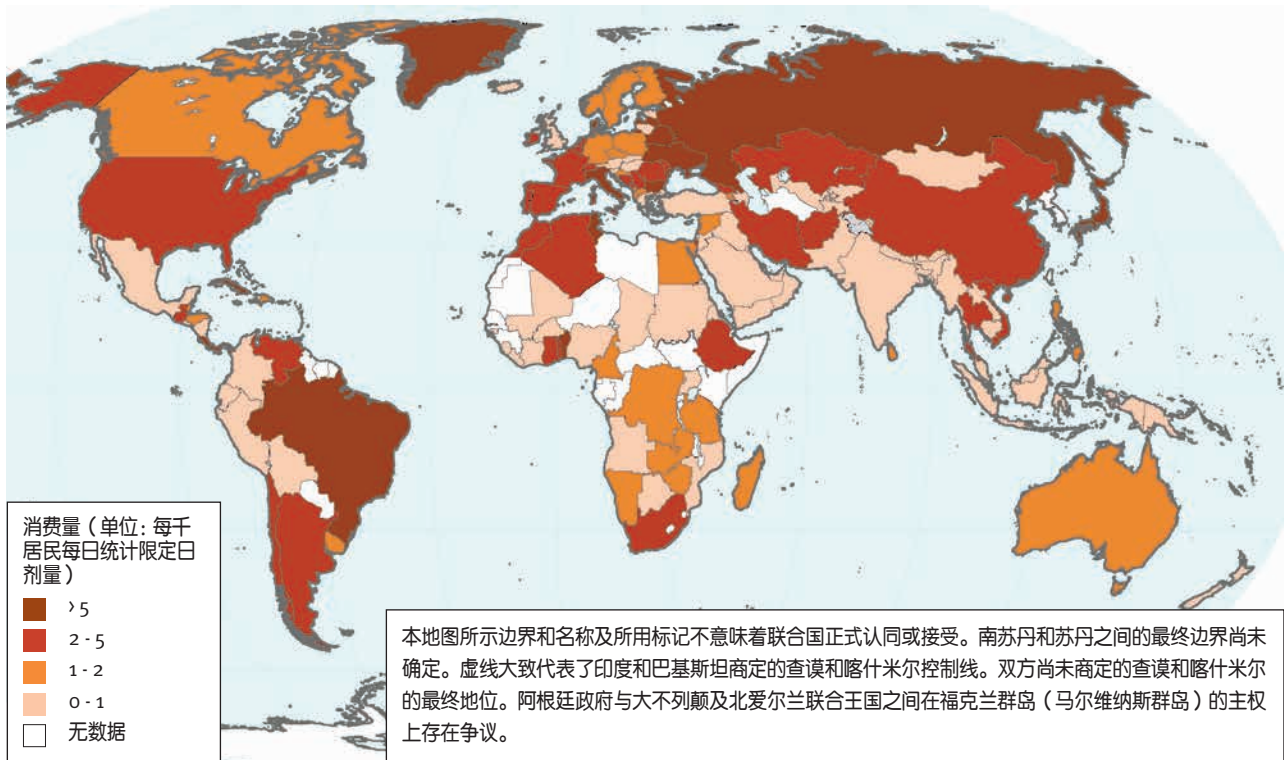
地图 27. 2004-2006 年苯巴比妥的各国平均消费量



资料来源：国际麻醉品管制局。

⁶⁰以 2004-2006 年和 2011-2013 年的三年平均值相比较为基础推算。

地图 28. 2011-2013 年苯巴比妥的各国平均消费量



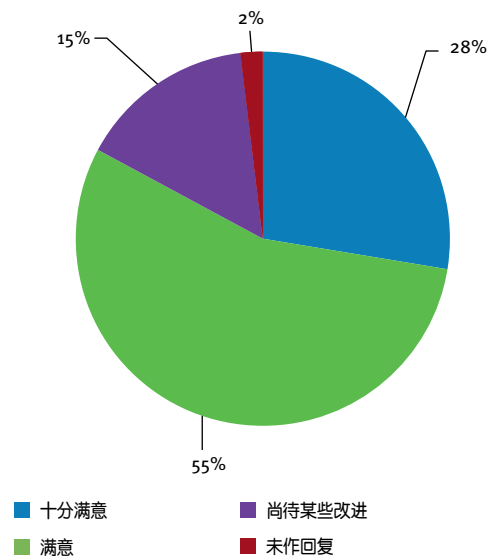
资料来源: 国际麻醉品管制局。

C. 精神药物供应的障碍

228. 精神药物的供应受各种社会、经济因素的影响, 包括 (a) 保健系统的结构与能力; (b) 当局赋予祛除苦痛的优先程度; (c) 社会对保健和药物疗法的态度及相关法律和条例。事实上, 管制药物的供应未必意味着它们能到达所有需要的病人手中。实际上, 有更多的标准和条件决定了药物是否容易获取, 并影响病人的救治。

229. 2014 年, 麻管局就管制药物的供应做了第二次调查, 有 107 个国家回复。据这项调查看, 大多数国家政府都评价本国的情况令人满意。如图 62 所示, 有四分之三以上的国家认为本国情况令人满意或者完全令人满意 (分别为 55% 和 28%), 而其他国家 (15%) 则表示, 本国精神药物的供应需要有所改善。然而, 麻管局希望解读这一评估时要适度审慎。

图 62. 各国自行评价的精神药物供应情况 (2014 年)



资料来源: 国际麻醉品管制局 2014 年调查。

230. 管局希望解读这一评估时要适度审慎。另外，一个国家管制药物的供应并非总是决定此类药物是否容易获取的一个相关因素。有许多方面必须予以考虑和处理，以便在一个国家整个地理区域各地及其全民之中实现公平而平衡的分配。

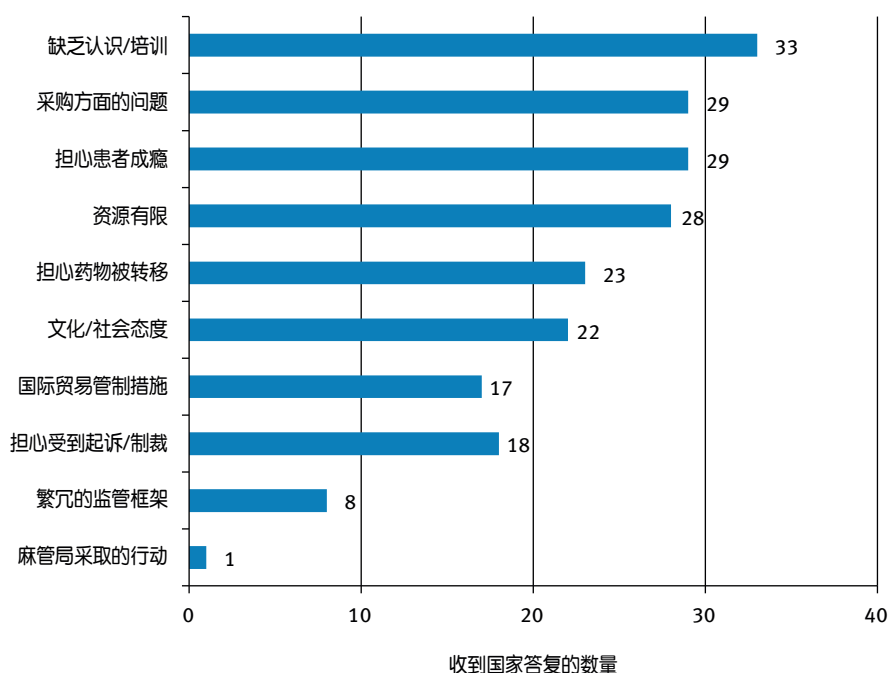
231. 药物医用程度取决于多种因素。例如，处方医生选择治疗办法，会根据药物已确定的疗效、药物的供应，重要的是药物供应的稳定性，这需要对市场情况有透彻的了解和认识。精神药物的供应和利用率直接影响此类药物的消费水平，但并非必然意味着存在着此类消费水平，因为处方医生可能选择不同的治疗方案，结果会开其他药物（比如，非管制药物或较廉价的药物）。在这种情况下，病人就治是一定的，但不需要用

管制药物，结果可能导致管制药物人为的供应很低。

232. 如图 63 所示，麻管局 2014 年管制药物供应调查揭示了各国政府认为此类国际管制药物供应的主要障碍。

233. 除了担心转移他用（讲到麻醉药品比讲到精神药物更常提起这种畏惧）之外，精神药物供应的主要障碍（麻醉药品也是一样），保健专业人员对这些药物认识不当，缺乏了解。而且，调查还表明，回复国家极少提到的障碍是麻管局对麻醉药品和精神药物采取的行动。这是一个正面而令人鼓舞的发现，表明各国认为，麻管局不是协助过度限制管制药物的供应，而是相反。

图 63. 精神药物供应的障碍（2014 年）



资料来源：国际麻醉品管制局 2014 年调查。

234. 病人周围的环境可能妨碍就治，例如，一个国家的某些地区缺乏必要的保健机构（医院、诊所或药店），或者像某些发展中国家农村社区常见的那样，距离最近的保健设施也远得无法到达。保健系

统触及病人的能力影响管制药物的易得性，而不影响其供应（如果遥远地区有充足的存货可用）。在无法正当及时获取安全药品时，结果就会出现平行市场和假冒产品，它们也会意味着健康危害。

235. 在经济因素而非真正药疗需要决定药品的供应的发展中国家里，不会给心理保健以应有的优先。而且，调查表明，文化对精神失常和精神病的态度及担心成瘾，也是精神药物消费的障碍。保健提供者所开此类药物处方不多，阻止此类药物的制造和（或）进口。

236. 在某些情况下，关于管制药物的错误信息和错误观念，加重了因储存这些药物而被起诉的恐惧，常常迫使经销商无法持有大量存货。

237. 最常提到的障碍是保健专业人员对精神药物合理使用概念缺乏认识。此类障碍可能是因为缺乏有关此事的培训和知识所致，并将是这些药物处方数量很少的一大原因。

238. 在若干国家中，保健专业人员缺乏知识可能导致对此类药物的处方、用途及依赖的可能性的无端关切。麻醉药品也是一样，医学院校的课程对精神药物的合理处方与使用注意不够可能也是一个因素。因此，医生可能会开他们较熟悉的药物，特别是不受国际管制的药物。

239. 根据麻管局调查所得答复，66个国家开业医生的课程都包括精神药物的合理处方与使用。此外，有58个国家报告称，在保健专业人员中，就精神药物的最佳处方做法，实施了提高认识措施。

240. 另外，在回复国中，有39%（29个国家）查明担心成瘾是精神药物供应的一个障碍，使它成了2014年调查中最常提到的障碍之一。

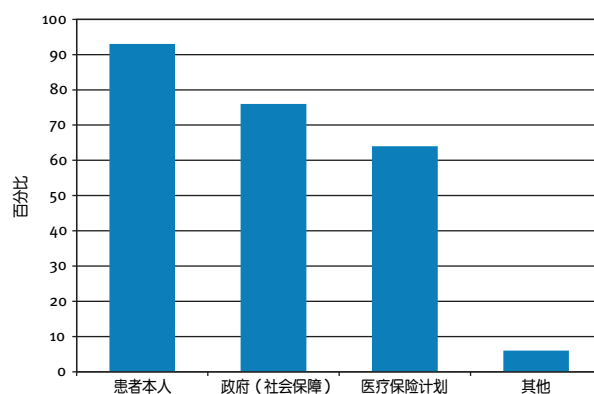
241. 如在麻醉药品上看到的那样，担心服用精神药物成瘾似乎涉及了保健专业人员缺乏认识和培训，也涉及文化态度与错误观念。

242. 不言而喻，妨碍接受某种特定药物治疗的主要障碍之一就是其费用；因此，此类治疗

可能有得用，但不易为最需要的人所用。而且，如果药品可得，药品获取可能取决于其他因素，如保健结构本身。28个国家（37%）确定经济因素是妨碍精神药物供应的一个潜在因素。的确，可用财政资源有限可能会影响对欲购药品的选择，并且可能优先考虑觉得必备的药物（如抗生素）。

243. 再者，精神药物的供应也取决病人是否承担起。在这种情况下，社会保障或国家健康保障计划的存在会发挥关键作用。在谁为含处方精神药物的药物治疗付费问题的答复中，最常提到的是病人（89%），其次是政府（73%），其次是健康保险计划（62%）（见图64）。

图64. 谁承担处方精神药物的费用? (2014年)

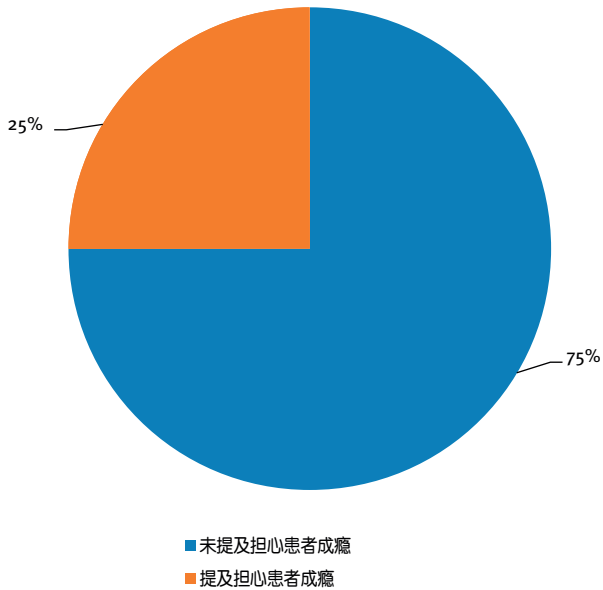


资料来源：国际麻醉品管制局2014年调查。

244. 对使用精神药物的文化和社会态度，也被认为在加大限制此类药物使用方面发挥了重大作用。

245. 保健专业人员加深对精神药物合理使用与处方的认识，对克服因担心成瘾而导致的使用限制大有助益。麻管局调查表明，有58个国家已经在保健专业人员中实施了提高认识措施，其中大部分国家（75%）没有报告说担心成瘾是妨碍精神药物供应的一个障碍（见图65）。

图 65. 已实施了提高认识措施的国家中关于担心成瘾的报告 (2014 年)

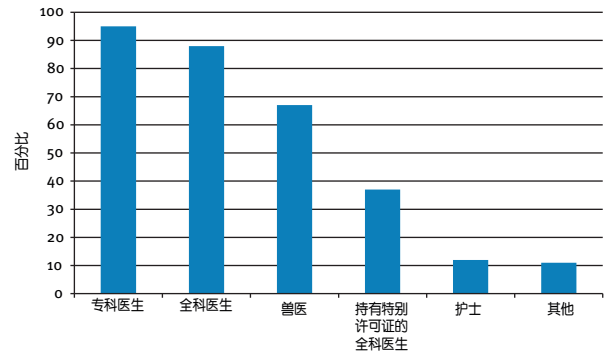


资料来源：国际麻醉品管制局 2014 年调查。

246. 国家可能不制造和（或）进口管制药物，以免它们转入非法贩运和滥用网络。75 个回复国中，有 26 个报告称，担心精神药物转移他用是妨碍精神药物供应的一个潜在因素。而且，精神药物无管制平行市场的出现也可能大大加剧转移他用的恐惧。病人有时可能不接受含精神药物的治疗，因为他们会担心可能会有副作用，也顾虑与使用此类药物有关的恶名。

247. 回复国觉察的其他主要障碍，包括某些控制管制药物使用的国内行政框架与管制药物国际贸易的各种规则和条例所施加的负担，也包括担心与买卖管制药物有关的起诉和（或）制裁。这些措施可能涉及精神药物国际贸易和国内销售网络（处方和配药）。调查发现，在报告称过去 10 年已经采取立法或管理行动增加医用精神药物可能性的 37 个国家中，有 35 个国家已经观察到，自 2007-2009 年时期以来，以统计限定日剂量表示的消费有所增加。然而，在 83 个回复国中，有 75 个报告称，对记录不当有惩罚。

图 66. 开麻醉药品的人员 (2014 年)



资料来源：国际麻醉品管制局 2014 年调查。

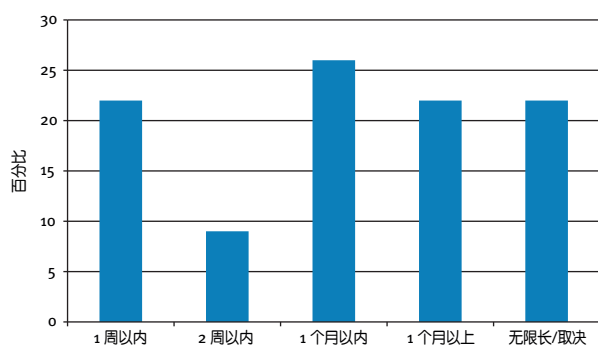
248. 在 102 个回复国中，有 66% 依法要求开方医生记录精神药物处方。这可能阻碍储备此类药物，因为费用，因为手续耗时，也可能因为担心遭到起诉和制裁。

249. 如图 66 所示，普通医生和专科医生在开精神药物方面权力几乎相同。在大部分回复国中，不允许护士开精神药物，这可能是妨碍供应的一个障碍，在有基本保健系统和基础设施的农村地区更是如此。

250. 获取精神药物的水平较低，也可能是因为关于销售网络与药物配制方案的规则要求过严。含精神药物的医疗处方的有效期及处方重新抓药所受的限制或规定死结，也会起作用，特别是因为使用精神药物的治疗可能常常持续数年。在这种背景下，26% 的国家报告称处方有效期为一个月或更短。报告次常提到的有效期最多一星期 (22%) (见图 67)。

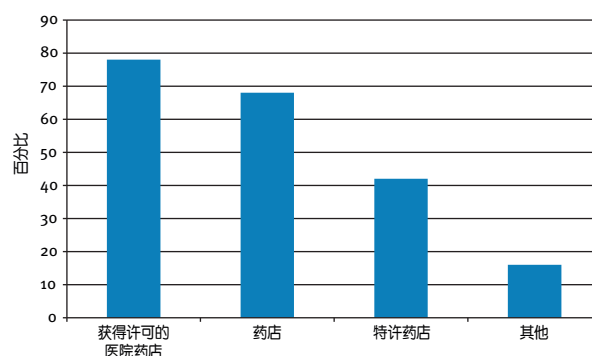
251. 会员国报告称，精神药物配发多在有执照的医院药店或常规药店。少于半数的回复国

图 67. 含精神药物的医药处方的最长有效期 (2014 年)



资料来源: 国际麻醉品管制局 2014 年调查。

图 68. 可按照处方配发精神药物的设施 (2014 年)



资料来源: 国际麻醉品管制局 2014 年调查。

报告说, 精神药物可以在特别许可的药店配发 (见图 68)。

252. 获准配发精神药物的药店的数量所受的限制, 虽然没有像配发精神药物所受的限制严格, 但仍可能减少此类药物的供应。

253. 最后, 只一个国家确认麻管局采取的行动成了妨碍精神药物供应的一个障碍。尽管大

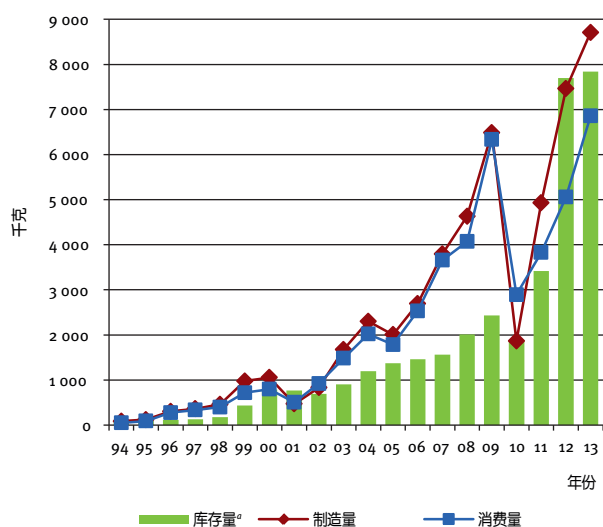
多数国家都熟悉确定、提交和修改其精神药物医疗需要量的评估 (98%), 而且有 80% 以上的回复国都使用了麻管局的培训材料以及麻管局 / 世卫组织关于编制估计数的联合准则, 但有些回复国当局却提出了麻管局可以采取的且可能有助于增加精神药物供应的行动, 包括培训国家主管部门并为它们提供信息。

第四章.

治疗类阿片依赖的国际管制药物的供应

254. 美沙酮和丁丙诺啡用于祛痛，但也广泛用于治疗类阿片依赖。在一些国家中，用其他管制药物，如鸦片、鸦片酊、海洛因和吗啡，来治疗类阿片依赖。各国向麻管局报告的数据没有指明使用的目的，但美沙酮和丁丙诺啡的估计数主要参照治疗类阿片依赖方案提交。

图 69. 1994-2013 年所报丁丙诺啡的
制造量与库存量



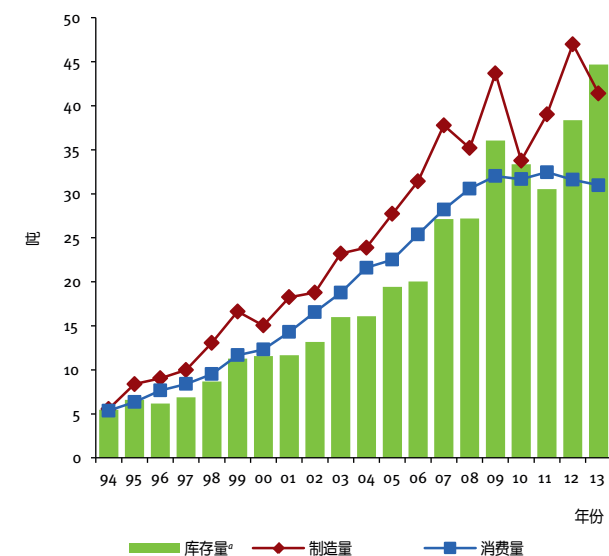
资料来源：国际麻醉品管制局。

注：概算全球消费量，根据各国政府提供的统计数据加以确定。

^a截至每年 12 月 31 日的库存；数据系自愿提供，因此可能不完整。

255. 对两种药物的消费、制造和库存趋势的分析表明，过去 20 年间在稳步增加。丁丙诺啡的全球制造量稳步增加（2010 年除外，当时骤降），2013 年达到了 8.7 吨的高峰。同样，美沙酮的全球制造量同期也稳步增加，当然有些波动，2013 年略微减少，降到 41.4 吨（比 2012 年减少 5.5 吨）（见图 69 和图 70）。正如谈到类阿片镇痛剂所说，这些药物供应似乎没有问题。

图 70. 1994-2013 年美沙酮全球制造量、
消费量与库存量



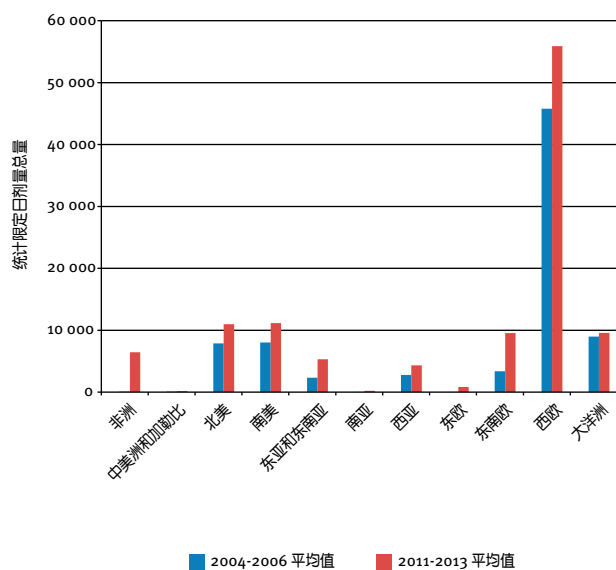
资料来源：国际麻醉品管制局。

^a截至每年 12 月 31 日的库存量。

256. 然而，全球层次的消费模式迥然不同，详见地图 29-33。在某些情况下，消费水平不同（以统计限定日剂量表示，见图 71 和图 72）与注射毒品的人存在与否有关。在其他情况下，尽管或多或少存在这种现象，但美沙酮和丁丙诺啡的消费，还有鸦片替代治疗服务的存在，似乎有限或

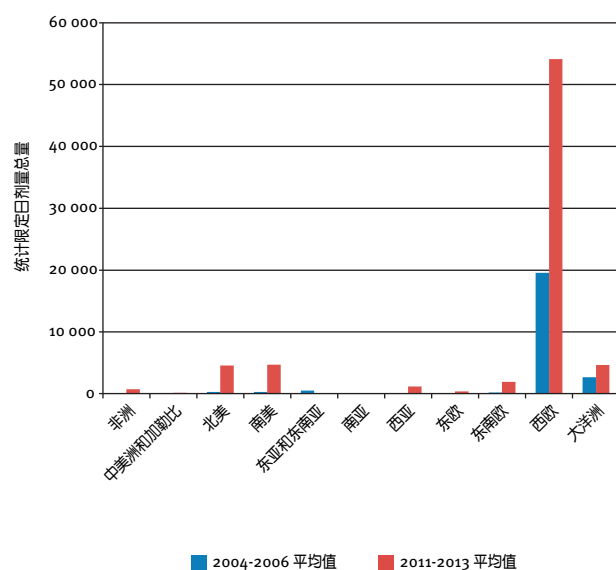
者没有。之所以如此，有时是因为不承认这类服务治疗类阿片依赖的效力的政府政策，因为政治和文化抵抗，或者只是因为主管当局不行动或者没有识别问题的能力。在麻管局 2014 年开展的调查中，有 67% 的国家表示，它们正在使用精神药物加上替代疗法治疗药物依赖。

图 71. 2004-2006 年和 2011-2013 年期间美沙酮的消费量变化



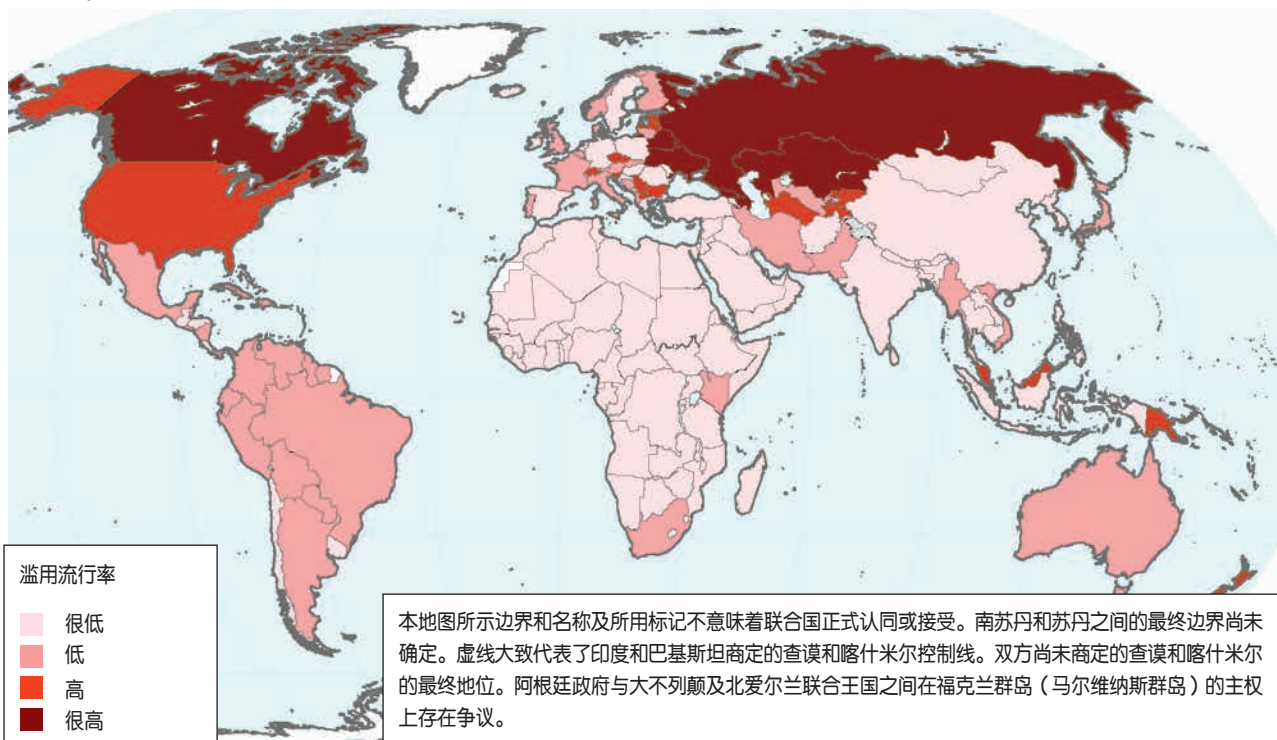
资料来源：国际麻醉品管制局。

图 72. 2004-2006 年和 2011-2013 年期间丁丙诺啡的消费量变化



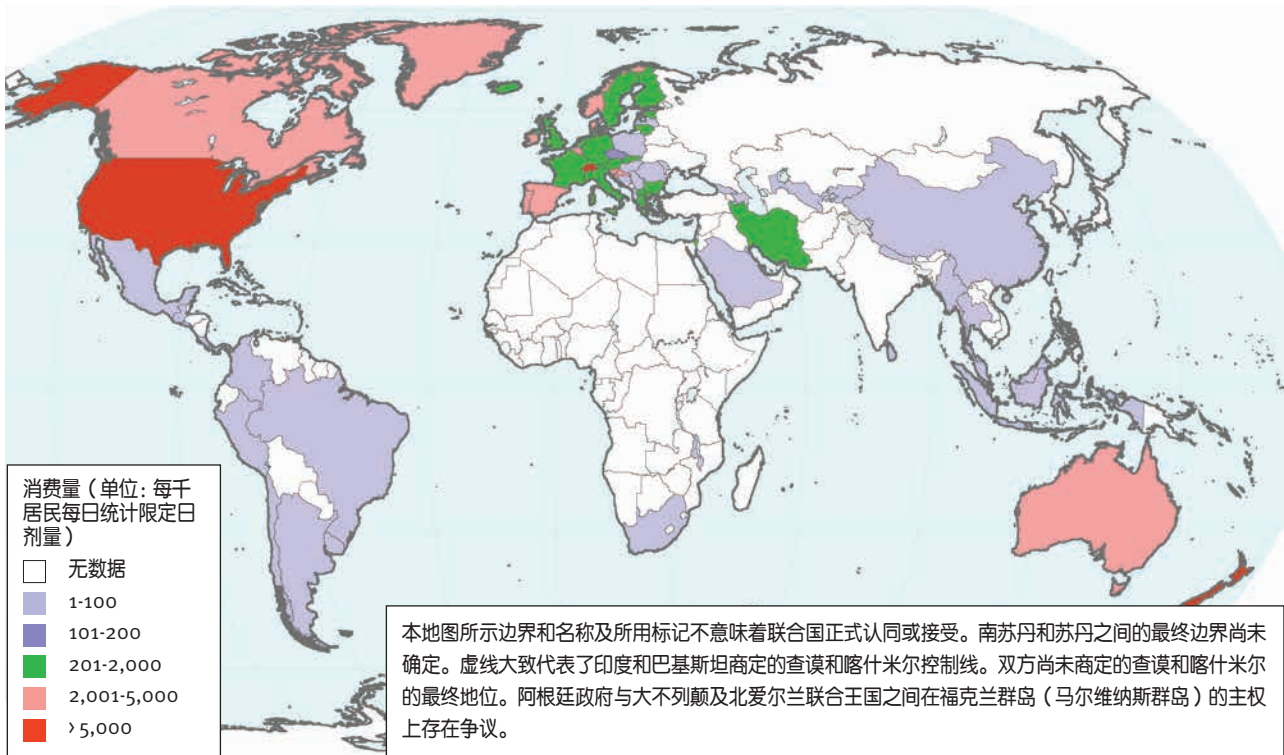
资料来源：国际麻醉品管制局。

地图 29. 2013 年注射毒品的人的流行率



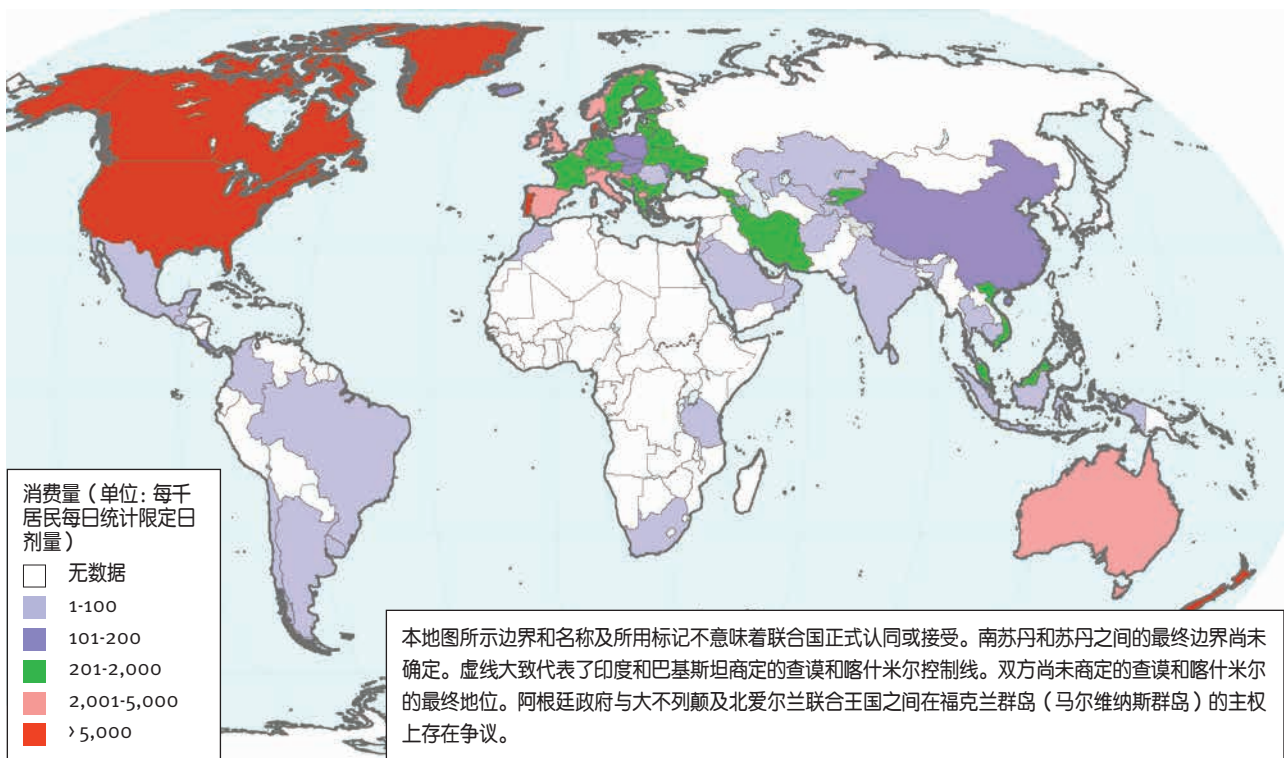
资料来源：毒品和犯罪问题办公室。

地图 30. 2004-2006 年美沙酮的消费量



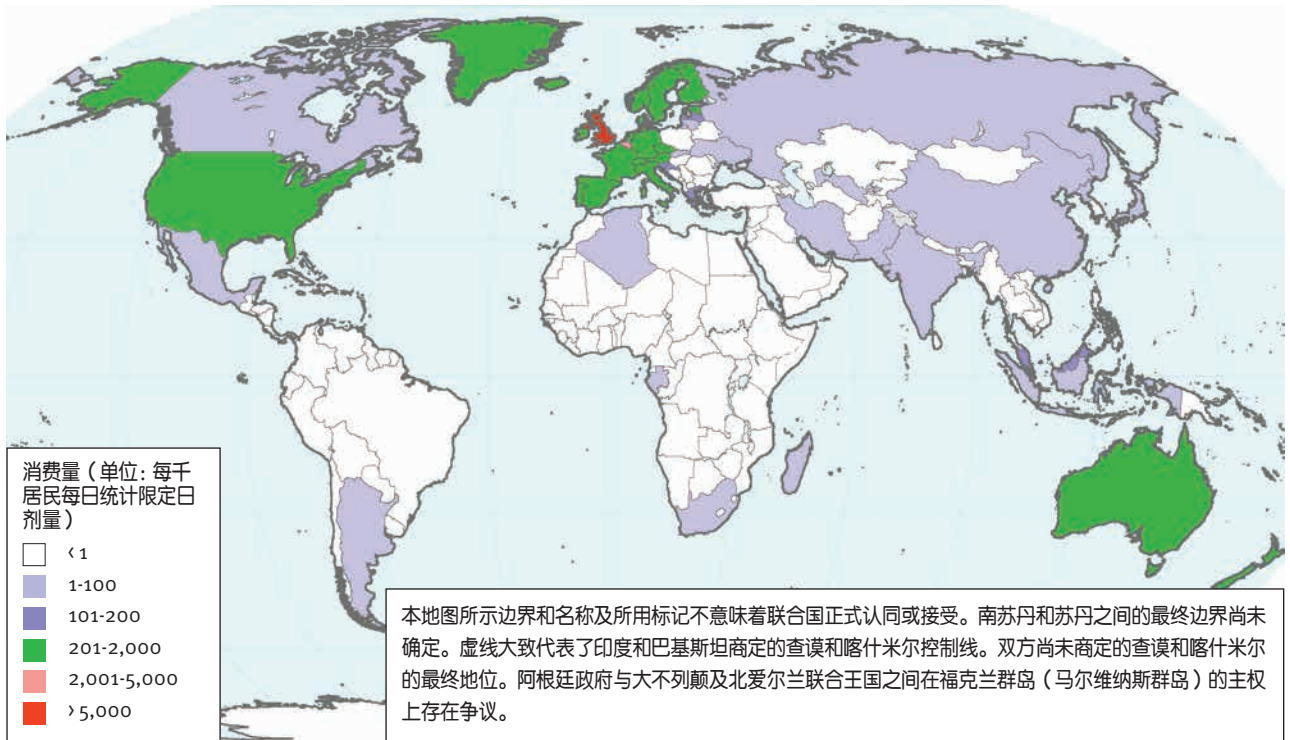
资料来源: 国际麻醉品管制局。

地图 31. 2011-2013 年美沙酮的消费量



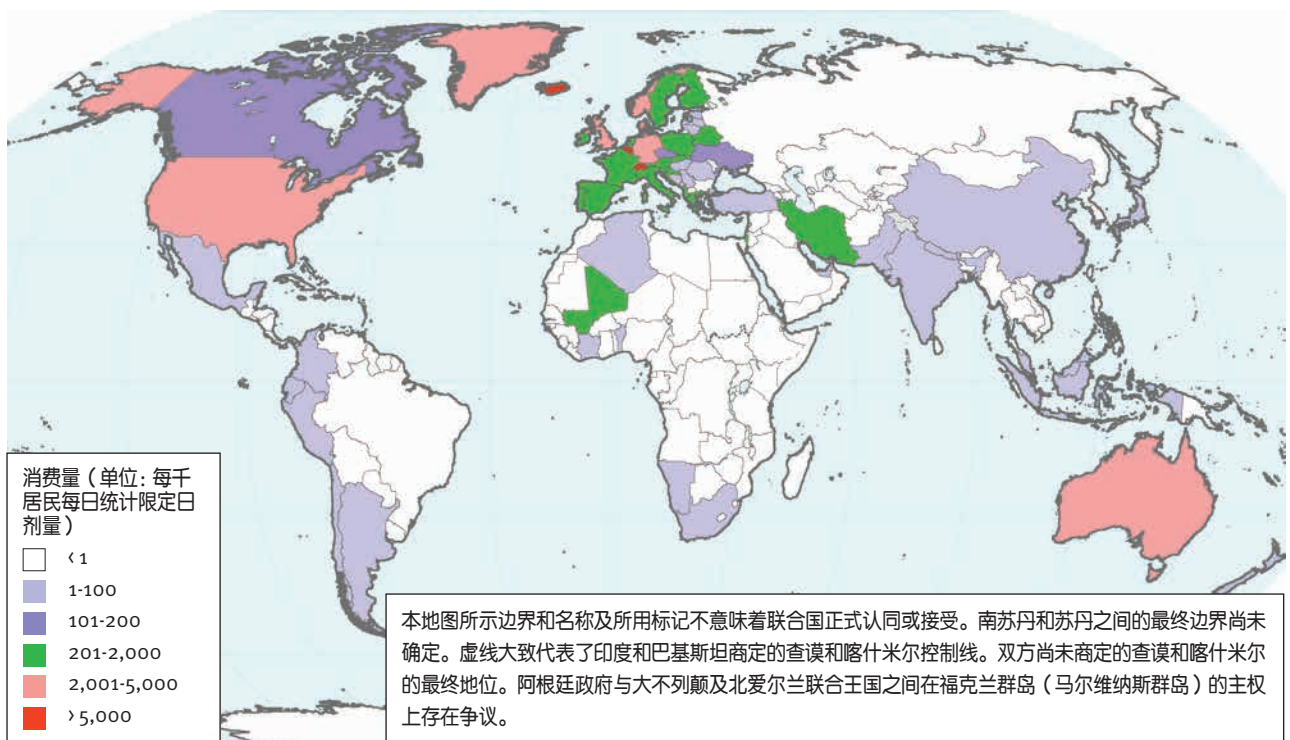
资料来源: 国际麻醉品管制局。

地图 32. 2004-2006 年丁丙诺啡的消费量



资料来源: 国际麻醉品管制局。

地图 33. 2011-2013 年丁丙诺啡的消费量

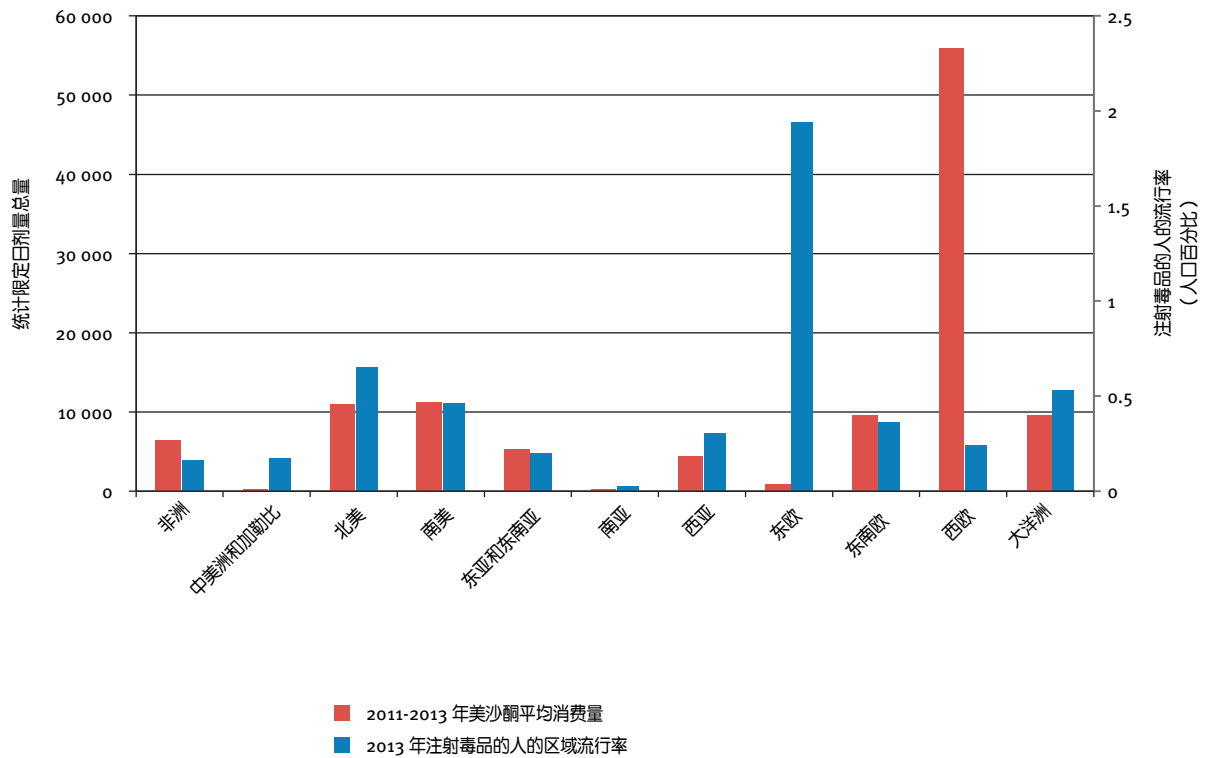


资料来源: 国际麻醉品管制局。

257. 就美沙酮来说，重要的是要注意到非洲和东南欧的消费增加了，这与这些地区的一些国家扩大鸦片替代治疗服务相对应。就丁丙诺啡而言，西欧消费大量增加。一些地区记录丁丙诺啡消费增加，可能由各种因素所致：生产公司攻势营销；由于《1971年公约》的管制制度比《1961年公约》（该公约规定，美沙酮受管制）宽松，获取较容易；用于止痛不断增加。在中美洲和南美洲，美沙酮用于祛痛，而不用于鸦片替代治疗，因为该区域注射毒品的人的流行率较低。

258. 比较各区域美沙酮的消费水平与注射毒品的人的流行率可以看出，东欧在这方面是失衡的（见图73）。上文已经提到，美沙酮服用在该区域某些国家没有得到承认。在西欧，尽管注射毒品的人的流行率较低，但美沙酮的消费水平似乎很高。之所以如此，可能是由于该地区提供的鸦片替代治疗服务涵盖了大量注射毒品的人。

图 73. 2011-2013 年期间美沙酮的消费量与 2013 年注射毒品的人的流行率的比较



资料来源：国际麻醉品管制局与毒品和犯罪问题办公室。

第五章.

确保紧急情况下国际管制药物的供应

259. 国际条约规定管制的多数麻醉药品和大量精神药物对医疗实践来说是不可或缺的。简化的管制措施已经到位，以便为紧急救治提供国际管制药品。紧急情况定义如下：

除非立即采取适当行动，否则一群人的健康情况就会受到严重威胁，并且要求采取异常对策和非凡措施的任何紧急情况（例如地震、洪水、飓风、流行病、冲突、民众流离失所）。⁶¹

260. 1996年，麻管局与世卫组织一道，制订了紧急救治所需管制药品出口、运输和进口的简化管制程序。简化条例取消了进口审批规定，条件是进口和配送都由出口国当局承认的提供健康方面人道主义援助的既有国际、政府和（或）非政府组织处理。这些简化程序，载入了《国际为紧急救治提供管制药品的示范准则》，各国都可以用。

261. 自然或人为灾难事件过后，便出现紧急情况，必须为许多灾民提供治疗导致骤然

需要药品和药品急剧短缺。这些所需药品中有许多包含吗啡类的麻醉药品，或者镇痛新之类的精神药物，二者均受国际管制。在正常情况下，这些药物的进口和运输须遵守严格的监管要求。然而，在发生灾难的情况下，履约可能延迟紧急人道主义救济所需要药品的紧急配送，因为国家当局可能无法采取必要的行政措施。

262. 为应对人道主义危机，麻管局采取主动措施加速供应管制药品，提醒所有出口国国际为紧急救治提供管制药品的明确准则已经出台，各国可以适用这些简化管制程序以加速供应急需的药品。麻管局也把简化条例告诉人道主义援助提供者。

263. 即使没有出口授权或估计需要量，国家主管部门也可以允许向受灾国出口国际管制药物。紧急递送物品不必列入接收国的估计数中，出口国政府不妨为此动用其麻醉药品和精神药物的部分特别库存。

264. 这种解决办法已经推出多年。麻管局请各国政府和人道主义救济机构提醒麻管局注意在紧急情况下配送管制药品遇到的任何问题。

⁶¹世界卫生组织，《国际为紧急救治提供管制药品的示范准则》。

265. 此外，麻管局还提醒所有国家，根据国际人道主义法，武装冲突各方有义务不妨碍向位于其实际控制领土上的平民提供医疗服务。这包括获取必要的麻醉药品和精神药物。

第六章.

结论和建议

266. 确保医疗和科研用途的国际管制药物供应，同时防止其非法贩运与滥用，是国际药物管制公约所设管制制度的作用。有效而成功的药物监管制度，要保持这种平衡，就需要整个社区参与，也需要各国政府的承诺。

267. 确保医疗用途的麻醉药品和精神药物供应的问题是一个复杂问题。前几章讨论了这些药物的不平等分配，也讨论了造成这种不平等的壁垒与障碍。除了关于消费量和需要姑息治疗的健康问题的普遍程度的数据之外，除了会员国提供的信息之外，麻管局还审查了国际组织（世卫组织、毒品和犯罪问题办公室及艾滋病署）、学术界、研究中心及民间社会组织提供的信息。对这一整套信息的分析表明，有一些关键领域要求在国家层面采取行动。

A. 立法与监管制度

268. 各国为实施国际药物管制公约条款而建立的监管机制，必须加以审查。多数研究和分析表明，有些国家在制订立法和条例时，最为关切的是避免转移他用和滥用的必要性，而不是确保供应和为确保供应创造充分条件的必要性。事实上，关切成瘾风险仍然是各国所报告的一大障碍。然而，在麻管局过去 20 年所做

的三次调查中，指明存在这一障碍的国家所占比例已经从 1995 年的 70% 多下降到 2014 年的 34%。这种对各项有关公约的非平衡、非对称看法，已经在许多国家，创建了让需要的人很难或几乎不可能获得类阿片镇痛剂的监管制度。

269. 麻管局过去已经对此表示过关切，也提出建议。看来，有些国家已经采取行动，而仍然有需要解决这一问题的国家。麻管局建议它们采取下列行动：

- 审查国家立法与监管和行政机制及程序，包括国内分发渠道，目的是简化和精简这些程序，排除过度严格的监管条例与障碍以确保易得性，同时也坚持适当的管制制度
- 允许更多的保健专业人员（包括受过培训的普科医生、护士，也可酌情包括其他人）开具类阿片，以增加供应，特别是在偏远地区或农村地区
- 采取措施防止出现不受管制的市场，防止非法或假冒制造麻醉药品和精神药物
- 确保适当的处方政策，包括延长处方的有效期，使病人在需要时能够获得药物

- 对处理类阿片所犯的无意过失取消法律制裁
- 在国家层面，改进机构间和部委之间的合作与协调，特别是健康与药物管制机构之间的合作与协调
- 为医疗和制药界提供最新信息，介绍就管制药物出台的所有崭新立法与行政措施，介绍精神药物销售和处方的方式，以确保和维持必要的供应，从而满足数量和质量两方面的要求。
- 改善获取普通基本药物、特别是类阿片镇痛剂的情况
- 确保资助购买类阿片镇痛剂
- 制订和完善健康保险和报销计划，从而确保获得药物

B. 卫生系统

270. 单是供应止痛药或精神药物不会解释祛痛或精神健康治疗问题。广泛的共识认为，各国适当注意完善保健制度很重要。为此，麻管局建议各国：

- 实施第六十七届世界卫生大会 2014 年 5 月 24 日通过的题为“加强作为整个生命过程中综合护理因素的姑息治疗”WHA67.19 号决议所载的建议
- 发展适当而资源供应充足的健康基础设施，它们不仅确保供应类阿片镇痛剂，而且也在更广泛提供姑息治疗的背景下准备此类供应
- 在适当的情况下，考虑选择基于家庭的低成本姑息治疗服务
- 改善全国各地区，包括农村地区的类阿片镇痛剂与精神药物的分配

C. 可负担性

271. 改善供应情况的另一个重要方面，是确保类阿片镇痛剂不要太贵。在这方面，麻管局建议各国：

272. 在承付能力问题，制药公司可发挥重要作用。麻管局仍然致力解决这个问题，并且为了不断努力改善情况，将与药业集团开始协调许多地区缺乏管制药物问题，让有关国际组织（例如世卫组织和有关国际专业团体）及有关国家政府参与这些讨论，侧重发展中国家可承担的有效单一疗法，如镇痛、特别是缓解癌症疼痛的吗啡的供应与可得性。麻管局建议药业：

- 制造更容易让人承担的高质量类阿片制剂
- 制造生物等效、价格划算的普通药物制剂

D. 保健专业人员培训

273. 病人有权得到治疗，有权接受合理开具的药物。保健专业人员缺乏有关合理使用麻醉药品与精神药物的培训与认识，以及由此导致的处方数量下降，将限制此类药物的使用。还有，对于精神健康失常控制和姑息治疗的某些文化态度也在妨碍麻醉药品与精神药物的使用。为此，保健专业人员必须受到适当教育和培训。建议各国：

- 把姑息治疗列入医学院校的教育课程中，也列入所有保健专业人员的强制培训中
- 为保健专业人员提供关于姑息治疗的继续教育、培训和信息，包括关于合理使用、关于减少处方药物滥用的重要意义的继续教育、培训和信息

- 为医生和其他保健专业人员提供合理使用精神活性药物的教育与培训，因为这对防止滥用此类药物极其重要。保健行为者必须小心警惕，以防可能诊断错误和处方不当
- 确保开精神药物符合《1971年公约》（第9条第2款）规定的稳健医疗实践，促进合理使用此类药物，采取必要措施限制此类药物只用来满足实际医疗需要
- 减少行业的过度营销，提高消费者的认识
- 在医生和药业公司中宣传伦理态度，外加为普通大众提供适当信息，为保健专业人员提供继续教育和培训，以鼓励更加理直气壮、更加合理地使用精神药物
- 支持防止精神药物非医疗消费的各类运动和方案，鼓励医疗界和制药界积极参与涉及管制药品合理使用的所有措施

E. 教育和提高认识

274. 类阿片镇痛剂和普通姑息治疗，也只在某些国家受到社会和文化规范的限制。有些社会和文化抵制处理涉及生命终结或涉及成瘾恐惧的事情。另外，使用精神药物还面临着相当大的阻力，因为需要使用此类药物的精神健康问题名声不好。麻管局认识到，各国政府和民间社会必须：

- 为大众和制药界制订和实施教育方案，让国家主管部门、利益集团（例如专业利益集团和消费利益集团）以及媒体都参与
- 组织讲习班，宣传有关姑息治疗的信息，以克服姑息治疗的文化阻力
- 要求教育机构把姑息治疗教育列入其课程
- 请代表病人、家庭和其他有关团体的民间社会组织倡导姑息治疗，倡导接受类阿片镇痛剂的医用
- 教育公众减少污名，减少对成瘾的无端恐惧

F. 估计数、评估数和报告

275. 麻管局过去几年注意到的问题之一是，有些国家无法适当估计其类阿片镇痛剂需要，无法监测这些药物的消费。还有，许多国家都发现，要准确查明其精神药物需要量很困难。因此，它们无法确定并向麻管局提供此类药物合法使用的适当评估。此外，在第53/4号和第54/6号决议中，精神药物委员会鼓励各国政府向麻管局提供精神药物消费数据，方式与提供麻醉药品数据一样。最后，报告提交准时、内容全面可靠，也是每个国家政府与麻管局合作的重要方面。麻管局建议各国：

- 改进其评估需要的办法，利用麻管局和世卫组织2012年编写供国家主管部门使用的《国际管制药物需要量估算指南》
- 提供适当而切实的估计数，要考虑到可能的需求变化
- 在国家层面建立适当而可行的监测机制，利用业已改进的技术系统，如麻管局与毒品和犯罪问题办公室密切合作开发的麻醉药品和精神药物电子国际进出口核准系统 (I2ES)

- 建立一个程序，开发机制，让其国家主管部门能够更准确在评估精神药物实际需要量，并把此类数据提交给麻管局
- 开发适当的系统，要能够收集可靠的数据，它们非常重要，可以使麻管局更好地分析精神药物消费趋势，并最终促进充足供应医疗和科学用途的精神药物，同时防止其转移他用与滥用

G. 国际管制药物消费的基准

276. 对报给麻管局的供应与消费数据的分析结果与各国政府对供应问题所做的答复，表明了这种分析的复杂性。例如，麻管局根据各国政府向麻管局提供的制造与贸易统计数据计算出的精神药物消费水平不能精确反映这些药物的消费水平。

277. 而且，因缺乏以统计限定日剂量表示的人均消费阈值，麻管局无法评价和估计精神药物的消费水平，因此也无法估计在某些国家或地区，此类药物的消费水平是否适当、太高

或太低。麻管局建议世卫组织与麻管局一道努力：

- 确立精神药物消费基准

这会大大支持麻管局和各国政府的工作，因为在评估精神药物的合法医疗和科研用途时，标准可以充当指标。要想如此，只能使用可靠的发病率数据，只能使用包括涉及相关医疗情况的特定精神药物的地理分配与医疗实践的流行率数据。

H. 国际社会

278. 有些国家政府无法自己落实上述建议。它们需要咨询、培训和资源以解决其制度局限。因此，国际社会可以发挥作用。麻管局认为，国际社会应当：

- 改进各国政府、国际组织（麻管局、世卫组织、毒品和犯罪问题办公室、艾滋病署、开发署等）、捐助界及民间社会组织之间的合作，以确保分享专门知识，协调为需要援助的国家提供资源与技术支持

附件.

2014 年发送给会员国国家主管部门的医疗和科研用途国际管制药物供应问卷

请国家主管部门答复的医疗和科研用途的国际管制药物供应问卷

第 1 部分（共 2 部分）— 麻醉药品

请于 2014 年 10 月 31 日之前将本问卷寄回：

INCB Secretariat
Vienna International Centre
P.O. Box 500
1400 Vienna
Austria

传真: (+43-1) 26060-5867

电话: (+43-1) 26060-4933

电子邮件: secretariat@incb.org

请标明提交部门的名称：

国家：.....

部门：.....

联系人：.....

电话：..... 传真：..... 电子邮件：.....

请给出必要时可以提供额外信息的部门和联系人的名称：

部门：.....

联系人：.....

电话：..... 传真：..... 电子邮件：.....

本问卷填写说明

本问卷分两部分：

第 1 部分涉及根据 1961《麻醉品单一公约》规定受国际管制的麻醉药品的供应

第 2 部分涉及根据 1971《精神药物公约》规定受国际管制的精神药物的供应

根据每个国家出台的国家监管框架，这些药物可以由同一个主管部门处理，或者由两个不同的机构行为体管制。在这种两种情况下，每一部分都应当由适当利益攸关者妥当填写，包含两部分的联合问卷应当用封面提供的联系详情在指明的截止日期之前寄回麻管局秘书处。

为了方便起见，鼓励以电子方式提交答完的问卷。

5. 麻管局为了协助各国编制提交给麻管局的麻醉药品需求估计数公布了麻管局培训材料，在 http://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Training-Materials/English/NAR_2_English_2005.pdf 就可以查到。你是否了解？

- 了解
- 不了解

6. 世卫组织 / 麻管局联合编写的《国际管制药物需要量估算指南》，可参阅 http://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Guidelines/estimating_requirements/NAR_Guide_on_Estimating_EN_Ebook.pdf，你是否了解？

- 了解
- 不了解

B. 麻醉药品的适当使用

7. 贵国麻醉药品的使用仅限于包括姑息治疗之类的特殊医疗情况吗？

- 是
- 不是

如果答“是”，请详细说明允许使用麻醉药品的各种情况：

8. 贵国使用麻醉药品治疗药物依赖（例如替代疗法）吗？

- 用
- 不用

如果答“用”，请说明详情：

C. 麻醉药品处方监管框架

9. 根据贵国的国家立法和监管框架，下述哪些专业类别获准开具医疗使用的麻醉药品？

- 普通医生
- 获准开麻醉药品处方的普通医生
- 医疗专家（比如精神病医生、肿瘤医生、外科医生、牙科医生）
- 护士（包括执业护士）
- 兽医
- 其他人（请具体说明）：

10. 必须先做二次诊断，然后才能开麻醉药品处方吗？

- 是
- 不是

如果答“是”，请提供详情：

11. 麻醉药品处方，自开具之日起，有效期是多久？

同其他处方药相比，开具麻醉药品处方须办理任何特殊的法律 / 监管手续（例如，要求额外授权、处方有效期较短）吗？

- 是
- 不是

如果答“是”，请提供详情：

12. 一张麻醉药品处方能涵盖整个治疗时期, 或者只限于一个较短的时期?

- 是
- 不是

如果答“不是”, 请提供详情:

13. 是否存在认为一张麻醉药品处方可以反复配药的情形?^a

- 有
- 没有

如果答“有”, 请提供详情:

D. 配发麻醉药品的监管框架

14. 麻醉药品配发是在:

- 有执照的医院药店
- 特许药店
- 药店
- 其他地方 (请具体说明):

^a“多处就医”或者“双重就医”系指病人请多个医生治疗, 常常是同时求医, 而不努力协调治疗方案或不告诉所请医生自己在多处接受治疗者。

E. 记录和处方药监测

15. 开方医生依法必须记录所开麻醉药品处方?

- 是
- 不是

如果答“是”，请提供详情，包括记录应当保留的时间长度：

16. 配药代理依法需要记录为麻醉药品开具的处方吗?

- 是
- 不是

如果答“是”，请提供详情，包括记录应当保留的时间长度：

17. 贵国出台的立法 / 监管框架规定了对记录不当的处罚吗?

- 是
- 不是

如果答“是”，请提供详情：

F. 促进适当供应与合理使用麻醉药品的措施

18. 谁为所开麻醉药品付费?

- 政府（社会保障）
- 病人本人
- 健康保障计划
- 其他

19. 贵国开业医师的教育课程中有关于处方麻醉药品的合理处方与使用的内容吗?

- 有
- 没有

如果答“有”，请提供详情：

20. 贵国主管部门实施过任何提高认识措施，以便促进保健专业人员深入理解麻醉药品负责处方做法吗?

- 实施过
- 没有实施过

如果答“实施过”，请提供详情：

21. 过去 10 年，贵国政府采取过任何增加医用麻醉药品供应的立法或监管行动吗?

- 采取过
- 没有采取过

如果答“采取过”，请提供详情：

G. 供应的障碍

22. 就贵国而言，下述任何因素对医疗和科研用途所需麻醉药品供应有过度限制作用吗（请选择所有适用的因素）？

- 财政资源有限
- 从药业采取 / 进口有问题
- 担心转入非法渠道
- 担心遭到刑事起诉 / 制裁
- 医疗专业人员对合理使用麻醉药品缺乏认识和培训
- 医用麻醉药品处方监管框架繁琐
- 担心成瘾
- 对止痛解痛的文化态度
- 适用于国际贸易的管制措施，如进口或出口许可要求
- 麻管局的行动
- 其他：

请酌情详细阐明：

23. 你认为妨碍贵国供应麻醉药品以满足医疗和科研需要的最重要障碍是什么？

24. 为促进贵国农村或偏远地区的医用麻醉药品供应，贵国有没有出台任何特殊措施？

- 有
- 没有

如果答“有”，请提供详情：

25. 还有任何其他措施可由麻管局采取，以帮助贵国扩大医疗和科研用途的麻醉药品供应吗？

H. 麻醉药品过量处方

26. 贵国在麻醉药品问题上是否有下述经历：

- 过量处方
- “多处就医”^b
- 自我药疗
- 不受监管的平行市场
- 假冒处方麻醉药品

请酌情提供详情：

其他信息（如必要）：

^b“多处就医”或者“双重就医”系指病人请多个医生治疗，常常是同时求医，而不努力协调治疗方案或不告诉医生在多处接受治疗者。

请国家主管部门答复的医疗和科研用途的国际管制药物供应问卷

第 2 部分（共 2 部分）—精神药物

请于 2014 年 10 月 31 日之前将本问卷寄回：

INCB Secretariat
Vienna International Centre
P.O. Box 500
1400 Vienna
Austria

传真: (+43-1) 26060-5867

电话: (+43-1) 26060-4933

电子邮件: secretariat@incb.org

请标明提交部门的名称：

国家:.....

部门:

联系人:

电话:..... 传真:..... 电子邮件:

请给出必要时可以提供额外信息的部门和联系人的名称：

部门:

联系人:

电话:..... 传真:..... 电子邮件:

本问卷填写说明

本问卷分两部分：

第 1 部分涉及根据 1961《麻醉品单一公约》规定受国际管制的麻醉药品的供应

第 2 部分涉及根据 1971《精神药物公约》规定受国际管制的精神药物的供应

根据每个国家建立的国家监管框架，这些药物可以由同一个主管部门处理，或者由两个不同的机构行为体管制。在这种两种情况下，每一部分都应当由适当利益攸关者妥当填写，包含两部分的合并问卷应当用封面提供的联系详情在指明的截止日期之前寄回麻管局秘书处。

为了方便起见，鼓励以电子方式提交填写完毕的问卷。

第 2 部分 . 精神药物

A. 精神药物供应

27. 你如何描述贵国医疗和科研用途的精神药物的供应情况?
- 完全满意
 - 满意
 - 需要有所改进
 - 需要大力改进
28. 贵国国家主管部门在确定贵国精神药物消费需要数量时都考虑哪些因素? (请酌情选择一个或多个 答案。)
- 过去年份 (数年) 的消费模式
 - 特殊治疗服务的存在 (例如, 专门精神健康服务、姑息治疗、类阿片替代或疗法)
 - 行业提供的规划制造信息
 - 流行病学数据, 包括精神健康状况的流行率
 - 其他 (请具体说明):
29. 请描述贵国主管部门确定精神药物需要量年度估计数所用的方法。
30. 你了解为满足超出预计的需要或者因为出乎意料的情况 (比如自然灾害、武装冲突) 而向麻管局提交精神药物补充估计数的程序吗?
- 了解
 - 不了解

31. 麻管局为了协助各国编制提交给麻管局的精神药物需求估计数公布了麻管局培训材料，在 <http://www.incb.org/documents/Psychotropics/training-materials/training-material-eng-2013-86360.pdf> 可以查到，你是否了解？
- 了解
- 不了解
32. 世卫组织 / 麻管局联合编写的《国际管制药物需要量估算指南》，已经挂在 http://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Guidelines/estimating_requirements/NAR_Guide_on_Estimating_EN_Ebook.pdf 你是否了解？
- 了解
- 不了解

B. 精神药物的适当使用

33. 贵国精神药物的使用仅限于包括注意力缺失 / 多动症、失眠、焦虑、姑息治疗之类的特殊精神健康失常吗？
- 是
- 不是
- 如果答“是”，请提供详情：

34. 贵国使用精神药物治疗药物依赖（例如替代疗法）吗？
- 用
- 不用
- 如果答“用”，请提供详情：

C. 精神药物处方监管框架

35. 根据贵国的国家立法和监管框架，下述哪些专业类别获准开具医疗使用的精神药物？

- 普通医生
- 获准开立精神药物处方的普通医生
- 医疗专家（比如精神病医生、肿瘤医生、外科医生、牙科医生）
- 护士（包括执业护士）
- 兽医
- 其他人（请具体说明）：

36. 必须先做二次诊断，然后才能开具精神药物处方吗？

- 是
- 不是

如果答“是”，请提供详情：

37. 精神药物处方，自开具之日起，有效期是多久？

同其他处方药相比，开具精神药物处方须办理任何特殊的法律 / 监管手续（比如说，要求额外授权、处方有效期较短）吗？

- 是
- 不是

如果答“是”，请提供详情：

38. 一张精神药物处方能涵盖整个治疗时期，或者只限于一个较短的时期？

- 是
- 不是

如果答“不是”，请提供详情：

39. 有没有认为精神药物处方可以反复配药的情形？⁶

- 有
- 没有

如果答“有”，请提供详情：

D. 配发精神药物的监管框架

40. 精神药物配发是在：

- 有执照的医院药店
- 特许药店
- 药店
- 其他地方（请具体说明）：

⁶请注意，“反复配药”一词系指不需要医生后续批准。

E. 记录和处方药监测

41. 处方医生依法必须记录所开精神药物处方?

- 是
- 不是

如果答“是”，请提供详情，包括记录应当保留的时间长度：

42. 配药代理（见问题 40）依法必须记录为精神药物开立的处方吗？

- 是
- 不是

如果答“是”，请提供详情，包括记录应当保留的时间长度：

43. 贵国出台的立法 / 监管框架规定了对记录不当的处罚吗？

- 是
- 不是

如果答“是”，请提供详情：

F. 促进适当供应与合理使用精神药物的措施

44. 谁为所开精神药物付费?

- 政府（社会保障）
- 病人本人
- 健康保障计划
- 其他

45. 贵国开业医师的教育课程中有关于精神药物的合理处方与使用的内容吗?

- 有
- 没有

如果答“有”，请提供详情：

46. 贵国主管部门实施过任何提高认识措施，以便促进保健专业人员深入理解精神药物负责处方做法吗?

- 实施过
- 没有实施过

如果答“实施过”，请提供详情：

47. 过去 10 年，贵国政府采取过任何增加医用精神药物供应的立法或监管行动吗?

- 采取过
- 没有采取过

如果答“采取过”，请提供详情：

G. 供应的障碍

48. 就贵国而言，下述任何因素对医疗和科研用途所需精神药物供应有过度限制作用吗（请选择所用适用的因素）？

- 财政资源有限
- 从药业采购 / 进口有问题
- 担心转入非法渠道
- 担心遭到刑事起诉 / 制裁
- 医疗专业人员对合理使用精神药物缺乏认识和培训
- 医用精神药物处方监管框架繁琐
- 担心成瘾
- 对治疗精神健康失常的文化态度
- 适用于国际贸易的管制措施，如进口或出口许可要求
- 麻管局的行动
- 其他：

请酌情详细阐明：

49. 你认为妨碍贵国供应精神药物以满足医疗和科研需要的最主要障碍是什么？

50. 为促进贵国农村或偏远地区的医用精神药物供应，贵国有没有出台任何特殊措施？

- 有
- 没有

如果答“有”，请提供详情：

51. 还有任何其他措施可由麻管局采取，以帮助贵国扩大医疗和科研用途的精神药物供应吗？

G. 精神药物过量处方

52. 贵国在精神药物问题上是否有下述经历：

- 过量处方
- “多处就医”^d
- 自我药疗
- 不受监管的平行市场
- 假冒包含精神药物的处方药

请酌情提供详情：

53. 贵国允许对普通大众做精神药物广告吗？

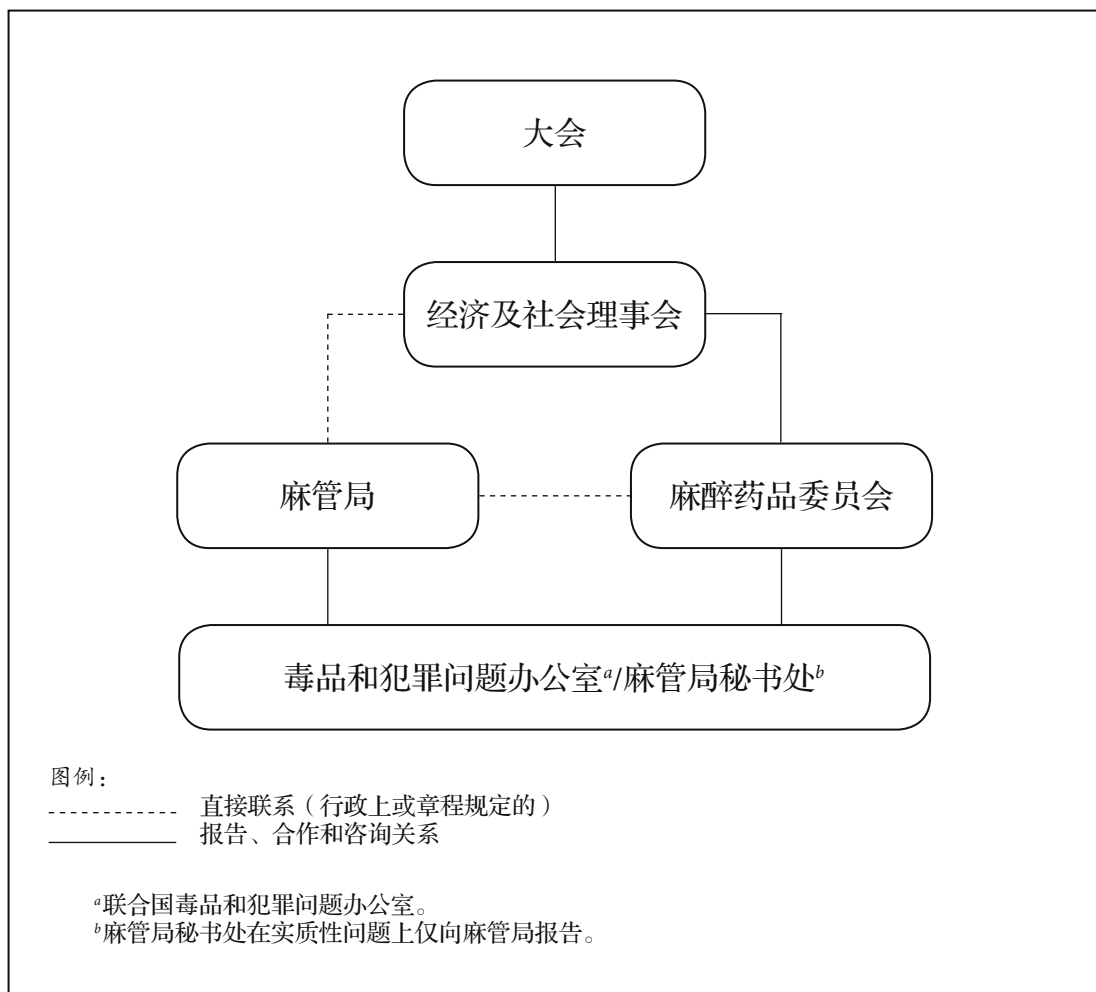
- 允许
- 不允许

如果答“允许”，请提供详情：

其他信息（如必要）：

^d“多处就医”或者“双重就医”系指病人请多个医生治疗，常常是同时求医，而不努力协调治疗方案或不告诉医生在多处接受治疗者。

联合国系统和毒品管制机构及其秘书处





国际麻醉品管制局

国际麻醉品管制局（麻管局）是对于联合国各项国际药物管制公约执行情况的独立监测机构，于 1968 年根据 1953 年《麻醉品单一公约》的规定设立，其前身可以一直追溯到国联时期在前药物管制条约下设立的一些机构。

麻管局在其活动的基础上出版年度报告，通过麻醉药品委员会提交给联合国经济及社会理事会。年度报告提供世界各地药物管制形势的全面概览。作为一个公正的机构，麻管局力求查明并预测危险趋势，并提出拟采取的必要措施的建议。